
A 3 9015 00385 959 5
University of Michigan – BUHR

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

Composée de membres de l'Académie royale de médecine, de professeurs, de médecins et de chirurgiens des hôpitaux civils et militaires, etc.

6.me ANNÉE. — TOME XVI.

A PARIS,

CHEZ BÉCHET jeune, Libraire de l'Académie Royale de Médecine, place de l'École de Médecine, N.° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, N.° 20.

1828.

COLLABORATEURS.

Les Auteurs qui jusqu'ici ont fourni des travaux aux ARCHIVES, sont MM.: ANDRAL fils, membre de l'Acad. Roy. de Méd. : BABINET, prof. de phys : BÉCLARD, prof. à la Fac. : BLANDIN, chir. du Bureau cent. des hôpit.: BOUILLAUD, D.-M.: BOUSQUET, memb. de l'Acad. : BRESCHET, chir ordinaire de l'Hôtel-Dieu : BRICHETEAU, memb. de l'Acad. : J. CLOQUET, chir. de l'hôp. St.-Louis : H. CLOQUET; memb. de l'Ac. : COSTER, D.-M. : CRUVEILHIER, professeur à la Fac. : CULLERIER, chir. de l'hôp. des Vénér. : DEFERMON, D.-M. : DESMOULINS, D.-M. : DESORMEAUX, prof. à la Fac. : P. DUBOIS, chir. de la Maison de Santé : DUDAN, D.-M. de la Fac. de Wurtzbourg: DUMERIL, memb. de l'Inst. ; DUPUYTREN, chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu ; EDWARDS, D.-M. : ESQUIROL, méd. en chef de la maison d'Aliénés de Charenton: FERRUS, méd. de Bicêtre: FLOURENS, D.-M. : FODERA, D.-M . FOUQUIER, prof. à la Fac. : GEOFFROY-SAINT HILAIRE, membre de l'Institut · GEORGET, memb. de l'Acad. : GERDY, chirurg. du Bureau central des hôp. : GOUPIL, D.-M. attaché à l'hôp. milit. de Strasbourg : GUERSENT, méd. de l'hôp. des Enfans : DE HUMBOLDT, membre de l'Institut : ITARD, méd. de l'Institution des sourds-muets : JULIA FONTENELLE, prof. de chimie : LAENNEC, prof. à la Fac. : LAGNEAU, memb. de l'Acad. : LALLEMAND, prof. à la Faculté de Montpellier; LERIDOIS, D.-M. : LISFRANC, chirurg. en chef de l'hôpital de la Pitié : LONDE, memb. de l'Acad. : LOUIS, memb. de l'Acad. : MARTINI, D.-M. : MIRAULT, D.-M. : OLLIVIER, memb. de l'Acad. : ORFILA, prof. à la Fac. ; OUDET, D.-M. Dentiste, memb. de l'Acad. : PINEL, membre de l'Institut : PINEL fils, D.-M. : RAIGE-DELORME, D.-M. : RATIER, D.-M. : RAYER, méd. du Bureau central des hôpitaux : RICHARD, prof. de botanique : RICHERAND, prof. à la Fac. : RICHOND, D.-M., aide-major à l'hôpital milit. de Strasbourg : ROCHE, memb. de l'Acad. : ROCHOUX, memb. de l'Ac. : RULLIER, méd. de Bicêtre : SANSON, chir. en second de l'Hôtel-Dieu : SCOUTETTEN, D.-M. attaché à l'hôpit. milit. de Metz : SÉGALAS, memb. de l'Acad. : SERRES, chef des travaux anatomiques des hôpitaux civils de Paris : TROUSSEAU, agrégé à la Faculté: VAVASSEUR, D.-M. : VELPEAU, agrégé à la Faculté.

Parmi les médecins dont les noms n'ont point encore paru dans le Journal, mais qui se sont engagés à fournir des travaux, nous citerons ceux de MM. ADELON, memb. de l'Acad. : BIETT, méd. de l'hôp. Saint-Louis : CHOMEL, méd. attaché à la Charité : COUTANCEAU, méd. du Val-de-Grâce : HUSSON, méd. de l'Hôtel-Dieu : LANDRÉ-BEAUVAIS, prof. : MARC, memb. de l'Acad. : MARJOLIN, prof. : MURAT, chirurg. en chef de Bicêtre : ROSTAN, méd. de la Salpétrière : ROUX, prof. à la Faculté.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JANVIER 1828.

Observations sur quelques maladies du foie, pour servir à l'histoire pathologique de cet organe; par A. Brierre de Boismont, *D. M. P.*

Centre de deux circulations remarquables, organe d'une sécrétion de la plus haute importance, le foie, comme tous les autres viscères, devait être le siège d'altérations nombreuses. Pendant long-temps ses maladies, confondues sous la dénomination impropre d'obstructions, furent abandonnées au plus aveugle empirisme. L'illustre Morgagni s'occupa, d'une manière plus spéciale qu'on ne l'avait fait avant lui, des lésions de ce viscère, et il décrivit, dans plus de cent observations, des foies durs, mous, augmentés de volume, blancs, diversement colorés, repoussant en haut le diaphragme, offrant des granulations grandes ou petites, des stéatomes, des tubercules, de petits corps blancs, des hydatides, des épanchemens sanguins, des adhérences, etc. Dans ces derniers temps, MM. Portal et Andral ont publié d'importantes recherches sur les maladies du foie. Mais si les

travaux de ces médecins ont rendu d'utiles services à la science, ils ont cependant laissé plusieurs points à éclaircir, quelques opinions à vérifier, de nouveaux faits à recueillir. C'est dans ce but que nous avons rassemblé, sous les yeux de MM. Fouquier et Kapeler, les observations qui font l'objet de ce mémoire. En faisant l'histoire de ces maladies, nous tâcherons de tracer les limites qui séparent l'inflammation aiguë de l'inflammation chronique, de prouver que les productions dites accidentelles sont souvent le résultat d'une phlegmasie, et de démontrer que les diverses altérations du foie ne sont que les degrés différens d'une même affection, l'hépatite. Les hydatides seront l'objet de quelques considérations particulières sous le rapport de leur animalité qui ne nous est nullement prouvée. Les symptômes des altérations du foie étant, dans beaucoup de cas, obscurs, difficiles à constater, et quelquefois inaperçus, nous appellerons l'attention sur plusieurs signes observés sans doute, mais dont on n'a pas toujours tenu assez compte. Enfin, nous terminerons par des réflexions sur le traitement qui nous paraît offrir le plus d'avantages.

I.re *Obs.—Epanchemens sanguins dans le foie, la rate, le pancréas, les reins, le cerveau, les poumons*, etc. (1). — Vacher (Catherine), âgée de 38 ans, d'une bonne constitution, était accouchée depuis onze mois, et depuis cette époque elle avait vu sa santé s'affaiblir. Ses menstrues se supprimèrent il y a quelques mois, et elle eut un gros rhume qui la fatigua beaucoup. Cependant elle ne cessait, quoiqu'avec peine, de vaquer à ses occupations, lorsque le 18 ou le 19 février 1826, elle sentit

(1) Cette intéressante observation a été communiquée à la Société anatomique, par M. Robert, interne très-instruit des hôpitaux civils de Paris.

un grand accablement et des lassitudes dans tous les membres. Elle se coucha et fut prise, quelque temps après, d'une oppression considérable avec crachement de sang.

M. Masson, docteur en médecine, qui la visita, lui trouva le teint d'une pâleur mortelle, la face décomposée, le pouls d'une petitesse extrême, la respiration oppressée; le sang qu'elle rendait par la bouche lui sembla venir de la poitrine; il avait une couleur noirâtre. Cet état ne lui paraissant pas permettre l'emploi de la saignée générale, il se contenta de faire appliquer quelques sangsues sur la poitrine. Il y eut un peu de soulagement; le lendemain, il prescrivit une application de sangsues aux malléoles, avec des sinapismes aux jambes, dans le but de rappeler l'écoulement menstruel. Il continua de visiter cette malade pendant cinq ou six jours, sans voir aucune amélioration dans son état. Enfin le 2 mars elle fut transportée dans un hôpital, où elle expira le soir même de son entrée. Pendant les courtes heures qui s'écoulèrent entre son arrivée et sa mort, elle conserva ses facultés intellectuelles et l'usage de tous ses mouvemens; sa respiration fut râleuse, il n'y eut pas d'expectoration. Tels sont les seuls renseignemens qu'on a pu obtenir sur une malade qui a été peu observée pendant sa vie, et dont le cadavre seul a été examiné avec soin dans l'amphithéâtre de la Pitié.

Autopsie faite quatre jours après la mort. — Cadavre d'une femme de taille moyenne, ayant peu d'embonpoint, les gencives saines, les mamelles presque effacées.

Abdomen. L'estomac et les intestins n'offraient rien de remarquable. Entre les deux lames du feuillet antérieur du grand épiploon, près du bord libre de ce repli séreux, existait une tumeur du volume d'une noix, légèrement bosselée, d'une couleur noirâtre, dure, sans kyste, exactement circonscrite.

Le foie (1), très-volumineux, remplissait l'hypocondre droit, l'épigastre et une partie de l'hypocondre gauche. La face inférieure de son lobe droit était fortement soulevée par une tumeur peu circonscrite, d'une couleur rouge-brun. Le tissu du foie était infiltré de sang et très-friable ; le centre de cette altération était occupé par un noyau du volume d'un œuf, dur à sa circonférence, et rempli à son centre de sang noir et demi-liquide. Le reste de ce viscère était parsemé indistinctement, dans toute son étendue, d'une multitude innombrable de tumeurs arrondies, variant en volume, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une grosse noix, friables, offrant une déchirure inégale, d'une couleur rouge-brun, mêlées inégalement de teintes moins foncées, et offrant en quelques points de leur périphérie une couleur jaune-verdâtre exactement semblable à celle de la bile. La pression et le lavage en faisaient sortir du sang, et laissaient un canevàs friable et d'un aspect fibrineux. Les tumeurs étaient très-circonscrites, et ne semblaient tenir au foie que par des prolongemens minces et faciles à déchirer. Lorsqu'on les enlevait, on trouvait à leur place une cavité dont la surface présentait quelques débris de tissu cellulaire, et, dans quelques-unes des plus volumineuses, on voyait ramper des rameaux d'un calibre plus ou moins considérable, qui se trouvaient en conséquence immédiatement adossés aux tumeurs et comprimés par elles. Ces vaisseaux offraient des déchirures ; mais il était impossible de décider si elles n'étaient pas le résultat des tractions exercées sur les tumeurs pour les enlever. Un de ces vaisseaux s'est trouvé assez considérable pour qu'on ait pu y introduire l'extrémité d'une sonde canelée. A la base

(1) Ces différentes pièces, et notamment le foie, ont été soumises à la Société anatomique.

du lobe droit existait une coloration rouge qui n'était pas naturelle.

La face externe de la rate était occupée par une poche du volume du poing, et qui, dans les légères tractions faites pour enlever cet organe, s'est déchirée, et a donné issue à une grande quantité d'un liquide rouge brun tirant sur la lie de vin, sans odeur et légèrement visqueux. Cette poche était formée en dehors par le péritoine et par l'enveloppe fibreuse de la rate extrêmement amincie et réduite en tissu cellulaire. En dedans, elle reposait sur le tissu même. Le tissu de la rate était parsemé de tumeurs semblables à celles du foie, les unes assez dures, les autres molles et ressemblant à des caillots nouveaux de sang veineux.

Les glandes mammaires, la peau du ventre, celle de la fesse, la substance cérébrale, les poumons, le pancréas, les reins, l'ovaire droit, contenaient un nombre considérable de ces tumeurs sanguines, de volume et de consistance variables. Le tissu qui environnait ces tumeurs était plus ou moins ramolli.

Toutes ces tumeurs ne présentant entre elles que de légères différences qui dépendent de leur plus ou moins grande ancienneté, doivent toutes être rapportées à la même origine, et ne sont réellement que des épanchemens sanguins. Du reste, M. Guérard en a soumis quelques-unes à l'analyse, et il les a trouvées formées de tous les élémens de sang, sans trace aucune de tissu cellulaire.

Cette observation n'est pas moins intéressante sous le rapport de la lésion, que sous celui des conséquences qu'on est en droit d'en tirer, puisqu'elle démontre comment le ramollissement s'établit à la suite des congestions sanguines. En effet, nous voyons le sang d'abord s'épancher dans le cerveau, y former un assez grand nombre

de petites tumeurs, et la substance cérébrale se ramollir autour de ces tumeurs. Il n'est point de notre sujet de chercher pourquoi les symptômes de cette altération n'ont point amené un trouble intellectuel; nous nous contentons de constater le fait matériel. Dans le poumon, on observe la même lésion, mais à un degré plus ancien ; quelques tumeurs présentent à leur circonférence un engorgement très-marqué. En continuant cet examen, nous trouvons le tissu du foie infiltré de sang, offrant à son tour la friabilité à un haut degré ; son volume est considérablement accru. Dans l'observation suivante, nous remarquerons cette hypertrophie du foie avec ramollissement provenant d'une congestion sanguine générale de l'organe. Ces deux faits réunis nous serviront à établir comme point de départ de l'hépatite, la congestion sanguine ; cette opinion est aussi celle de M. Andral, qui cite à l'appui plusieurs observations curieuses (IV.ᵉ vol. *Cliniq. médicale*). La disposition des vaisseaux capillaires qui rampaient autour des tumeurs, mérite d'être remarquée; disséqués, pour ainsi dire, par les collections sanguines, ils étaient repoussés à leur circonférence. Etaient-ils devenus variqueux ? Nous serions portés à le croire, puisqu'il était facile de distinguer leur cavité, et que l'un d'eux était même assez considérable pour qu'on ait pu y introduire l'extrémité d'une sonde. Dernièrement M. Pinault a montré à la Société anatomique un foie qui présentait, dans l'étendue d'un pouce environ, la structure érectile de la manière la plus évidente.

Obs. II.ᵉ — *Ramollissement du foie et de la rate; inflammation de la veine céphalique; dilatation des bronches* (1). Le 11 mars 1827, la nommée Henriette

---

(1) La pièce qui fait le sujet de cette observation a été présentée à la Société anatomique, et examinée par MM. Bérard, Maréchal, Jobert, Thierry, etc.

Alard, âgée de 62 ans, exerçant la profession de journalière, entra à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Kapeler.

Cette malade, d'une constitution cachectique, était enrhumée depuis fort long-temps. Elle nous a dit que les moindres travaux lui causaient beaucoup de gêne dans la respiration. Il y a deux jours, elle fut prise, sans cause connue, d'un étouffement considérable. A la visite nous la trouvâmes en proie à une oppression très-grande, elle se plaignait à chaque instant de manquer d'air et d'être sur le point d'étouffer. La face exprimait l'anxiété, la peau présentait une légère teinte jaunâtre, les pommettes étaient un peu colorées. La poitrine, percutée, résonnait bien dans toute son étendue. Le bruit respiratoire s'entendait partout; il était faible en arrière, mais en avant, et surtout dans la région cardiaque, il était assez fort pour masquer les battemens du cœur, qui nous parurent obscurs et sans impulsion appréciable. Le pouls était petit, faible, mais régulier. L'ensemble de ces symptômes nous fit penser qu'il existait une dilatation des bronches et une hypertrophie très-avancée du cœur. (*Pédiluves sinapisés, julep avec sirop de diacode, adoucissant édulcoré.*)

Le 12, la malade paraissait dans le même état. On ajouta à la potion une once d'oxymel scillitique et dix gouttes d'éther. Trois bains de pied sinapisés procurèrent quelque soulagement.

Le 13, l'étouffement était moins considérable. On continua l'usage des mêmes médicamens.

Le 14, l'oppression était devenue très-gênante. On pratiqua une saignée de ℥viij, à laquelle la malade eut beaucoup de peine à se soumettre. Le soir même elle ressentit de la douleur dans l'endroit où la veine avait été ouverte. La malade allait à la garde-robe, tantôt en matières épaisses, tantôt en matières liquides.

Le 15, la veine céphalique était tendue, douloureuse, dans l'étendue de quatre travers de doigt au-dessus de la piqûre. En pressant de haut en bas, on faisait sortir par l'ouverture de la veine un liquide rougeâtre légèrement mêlé de pus. Le même jour, la malade éprouva de la douleur dans la région cardiaque. (*Catapl. émoll. avec safran sur le bras, adouc. édul.; la potion.*)

Le 16, la douleur abandonna la région cardiaque pour se porter à l'épigastre, qui devint très-sensible à la pression. Des vomissemens eurent lieu à plusieurs reprises; les matières rejetées étaient filantes, liquides, verdâtres. La langue était blanchâtre, mais humide et n'offrait point de rougeur. La face s'altérait, l'anxiété était très-marquée. (*Catapl. émollient sur l'épigastre. Même prescription.*)

Le 17, l'épigastre était toujours très-sensible à la pression. On prescrivit 20 sangsues sur cette région et des cataplasmes. Les vomissemens n'avaient point cessé. Le soir, la malade assurait qu'elle était un peu soulagée. (*Adouc. édul., orge oxymel., potion id.*)

Le 18, les vomissemens continuèrent pendant la nuit. Il y avait beaucoup de soif. La phlébite ne faisait point de progrès. (18 *sangsues à l'épigastre, catapl. laudanisé sur cette région.*)

Le 19, mort le matin. Les vomissemens et la sensibilité de l'épigastre ont persisté jusqu'au dernier moment.

Autopsie 24 heures après la mort par un temps de gelée.

Thorax. — Les poumons crépitent dans toute leur face antérieure. Le poumon droit est légèrement infiltré d'une sérosité sanguinolente vers la partie postérieure de son lobe inférieur. Le poumon gauche est le siége d'un engouement beaucoup plus marqué. Le lobe inférieur tout entier ne crépite plus, à l'exception de sa face extérieure. On incisa avec soin la trachée-artère et les ramifications

bronchiques. A l'entrée de la trachée, on trouve deux petites plaques d'une matière friable, semblable à de la craie. En suivant les différentes ramifications bronchiques, on reconnaît qu'elles sont sensiblement dilatées. Cette dilatation s'étend aux deux poumons, mais plus particulièrement aux rameaux bronchiques du poumon gauche. Le *cœur*, dont les battemens obscurs et sans choc m'avaient fait croire à l'existence d'une hypertrophie ancienne de cet organe, n'a rien offert de particulier; il était seulement recouvert d'une couche de graisse assez épaisse. *Abdomen.* Le péritoine qui revêt le foie n'est adhérent dans aucun endroit. Le foie est augmenté de volume; il est gorgé de sang, et presqu'entièrement converti en une matière pulpeuse de couleur de lie de vin. On ne peut le détacher sans en enlever des portions considérables. Son ramollissement était tel, que les doigts s'y enfonçaient comme dans de la gelée. Il exhalait une odeur douceâtre, nauséabonde, extrêmement fétide. La vésicule du fiel était très-distendue et remplie par une bile noirâtre épaisse. La rate présentait un état de ramollissement non moins remarquable. Sa mollesse était extrême; un sang épais, d'une couleur plus foncée que celui du foie, remplissait tout son tissu. En la lavant et en la pressant légèrement, on en faisait sortir une grande quantité de liquide, de sorte qu'en peu de temps elle fut réduite à sa trame cellulo-vasculaire. Le foie, par les lotions et la pression, était facilement amené au même état. La macération morbide de la rate laissait très-bien apercevoir ces corps blanchâtres auxquels on a donné le nom de glandes, et qui ne sont que des renflemens des prolongemens fibreux qu'envoie la capsule (1). La

---

(1) Voy. *Traité élémentaire d'Anatomie descriptive*, par A. Brierre de Boismont, D. M. P.; in-8.° Paris, 1827. Chez M.me Auger-Méquignon.

veine cave et ses diverses branches contenaient une assez grande quantité de sang noir fluide. L'estomac et les intestins ne nous ont rien offert qui mérite d'être noté. La veine céphalique a été disséquée avec soin. A six lignes environ au-dessous de la piqûre, elle était colorée en un rouge vif; cette coloration remontait ensuite vers le cœur, et cessait à deux ou trois pouces avant sa terminaison dans la veine axillaire. Les parois étaient un peu épaissies. L'altération ne gagnait point les veines profondes. L'ouverture faite pour la saignée à la veine était béante, quoique celle de la peau eût commencé à se cicatriser.

Réflexions. Cette observation me paraît mériter l'attention, tant par la nature de la lésion du foie que par la difficulté du diagnostic des altérations de cet organe. Nous n'insisterons point sur la dilatation des bronches, dont MM. Laennec et Andral ont donné une très-bonne description. Il est évident que la cause de cette maladie était dans les catharres fréquens auxquels la femme Alard était sujette. La sonoréité du thorax, l'oppression coïncidant avec la force plus grande du bruit respiratoire dans certaines parties de la poitrine, indiquaient d'une manière assez certaine la dilatation des bronches, qui fut d'ailleurs reconnue par plusieurs personnes qui explorèrent la malade. Je ne sais si je m'abuse, mais je crois qu'il y avait aussi des signes assez rationnels pour faire croire à l'existence d'une maladie du cœur. Je ne m'arrêterai point davantage sur ce sujet, auquel je n'attache que fort peu d'importance, la maladie du foie devant seule nous occuper. L'état pathologique de cet organe était-il dû à un travail inflammatoire? La solution de cette question est tout entière dans l'examen des symptômes et des lésions. Quels symptômes se présentent à nous! une oppression très-grande, une légère teinte jaunâtre

de la face, une coloration assez marquée des pommettes, une douleur de la région cardiaque qui se porte vers la région épigastrique et persiste jusqu'à la mort, une sensibilité très-grande de cette région, et des vomissemens de matières filantes, liquides, verdâtres. Robert Thomas a fait remarquer que dans cette affection il y avait des accidens très-analogues à ceux de l'asthme; dans notre cas, cette gêne de la respiration se rattachait manifestement à la dilatation des bronches. La teinte de la peau aurait pu éveiller nos soupçons, mais comme elle existe dans plusieurs autres affections, et que d'ailleurs, en palpant l'abdomen de la malade, le jour de son arrivée et le surlendemain, nous ne déterminâmes ni plainte ni douleur, nous ne fîmes qu'une attention médiocre à ce signe; en outre, la malade que j'interrogeais avec soin, m'assurait n'avoir jamais souffert que de son oppression. Plusieurs médecins parlent de la douleur qui se fait sentir aux régions cardiaque et épigastrique; mais il ne faut pas oublier ici que ces accidens, ainsi que les vomissemens, n'eurent lieu qu'après la saignée; aussi les attribuâmes-nous aux suites de la phlébite. A cette occasion, M. Leth, interne distingué des hôpitaux civils de Paris, nous rapporta qu'il avait observé à l'hôpital Necker une inflammation de la veine, qui donna également lieu à une sensibilité très-grande de l'épigastre et à des vomissemens de matières verdâtres. On voit donc que pendant la vie les symptômes, par leur analogie avec ceux que présentent d'autres affections, pouvaient bien causer une erreur de diagnostic; mais il nous semble que tout doute doit cesser d'après l'inspection du foie. Presque tous les médecins admettent aujourd'hui comme une loi en anatomie pathologique, que la plupart des tissus parenchymateux tendent à

se ramollir, lorsqu'ils sont frappés d'une inflammation aiguë, et qu'ils tendent au contraire à s'endurcir, lorsque la phlegmasie passe à l'état chronique. Les faits sur lesquels cette opinion repose sont nombreux et concluans; ainsi, le tissu cellulaire, atteint d'inflammation, prend une teinte rosée, ses cellules se remplissent de pus, et il devient en même temps mou et friable. Cette friabilité est manifeste dans la gaîne celluleuse des artères, lorsque celles-ci sont enflammées. A la suite des phlegmasies des membranes synoviales, la diminution de cohésion est sensible dans les tendons, dans les aponévroses : le même phénomène s'observe dans le tissu musculaire. Le parenchyme du foie, rouge, infiltré de pus, se laisse facilement déchirer; le tissu du poumon, dans la première période de la pneumonie, offre une altération semblable; c'est même, suivant M. Lallemand, à ce seul caractère qu'on peut distinguer l'engorgement sanguin cadavérique de celui qui est dû à une inflammation qui a duré un ou deux jours. En parcourant les écrits des chirurgiens, on est étonné de la similitude de l'altération désignée sous le nom de contusion du cerveau, et de celle décrite sous le nom de ramollissement du cerveau. L'ouvrage de M. Andral contient des observations d'individus chez lesquels un coup porté sur la région du foie causa une hépatite violente; l'examen anatomique montra que le foie était ramolli. L'introduction des corps étrangers dans une partie quelconque de l'économie animale, mais surtout dans les organes parenchymateux, détermine une inflammation qui est principalement caractérisée par le ramollissement; l'ingestion des poisons âcres ou corrosifs dans l'estomac produit souvent le ramollissement de la membrane muqueuse de cet organe. Dans ces différens cas, les causes qui ont amené l'altération, rentrent dans

la classe des agens irritans. Mais dira-t-on, beaucoup de ramollissemens sont constatés, sans qu'on puisse leur assigner aucune cause irritante; il nous semble qu'une pareille objection a bien peu de valeur, s'il existe, dans ces ramollissemens et ceux qui se rencontrent à la suite d'une cause irritante, les mêmes symptômes et les mêmes lésions anatomiques; or, c'est ce qu'on voit tous les jours. Le traitement est encore en faveur de cette opinion, puisque dans un grand nombre de cas la méthode antiphlogistique triomphe du mal; l'absence des symptômes ne prouve rien contre la nature d'une maladie, car tout le monde sent qu'une inflammation rapide qui envahit tout un viscère ou une partie importante du corps, peut, par la rapidité même de sa marche, l'étendue de la lésion, frapper l'économie de stupeur, et empêcher l'apparition des symptômes.

Obs. IIIe. — *Hépatite avec abcès, tubercules, cicatrice; péricardite; tubercules dans le poumon gauche, hépatisation du poumon droit; inflammation de la plèvre du même côté; ramollissement de la rate; rougeur de l'estomac.* — Le 30 juin 1824, le nommé Antoine Lacroix, employé, âgé de 52 ans, entra à l'hôpital de la Charité, où il fut placé salle St.-Michel, n° 19, service de M. le professeur Fouquier. Cet homme était sujet depuis sa jeunesse à des sueurs de pieds très-abondantes. Il y a cinq ou six ans ces sueurs se supprimèrent; et depuis cette époque, il éprouva tous les ans dans l'hypochondre droit, vers les mois de juin ou de juillet, des coliques qui duraient environ quinze jours et lui occasionnaient une grande faiblesse. Le 14 juin dernier, il fut pris de ses coliques ordinaires; le dévoiement s'établit peu à peu, et n'a presque point cessé jusqu'à sa mort. Les selles ne sont accompagnées ni précédées d'aucunes douleurs; les matières sont liquides, jaunes. Depuis deux

jours, il éprouve une grande faiblesse. Pendant sa maladie, il a eu des sueurs considérables. Quatre jours avant son arrivée, on lui a fait une application de quinze sangsues à l'anus.

État actuel. — Teint un peu jaune. Beaucoup d'embonpoint. Le malade paraît un peu prostré. La parole est lente et la conversation semble le fatiguer. La langue est assez nette; il y a de l'anorexie. Le ventre n'est point douloureux. Le dévoiement est léger. La peau est un peu moite. Les mains sont froides. Le pouls très-faible.

1er *Juillet.* — Ce matin la chaleur est assez grande. Le dévoiement continue; les coliques ont cessé, lors de son apparition. Le malade a l'haleine courte, depuis quinze jours. La percussion fait trouver un peu de matité à la partie inférieure du poumon droit. On entend du râle crépitant en arrière à droite et sur le côté. Les battemens du cœur sont très-obscurs. (*20 sangsues sur le côté droit, bourrache gommée, looch*).

2, le pouls s'est un peu relevé. Le malade a soif. (*Saignée de* ℥viij, *couenne*).

3, la respiration a été très-gênée cette nuit. Le malade s'est plaint d'une grande chaleur. Le pouls reprend un peu de volume. (*Saignée de* ℥viij, *bourrache gommée*).

4, la dyspnée continue. Le pouls a de la plénitude. (*saignée de* ℥iv).

5, la dyspnée persiste. Le pouls est assez faible. Le malade éprouve au toucher et par le mouvement une douleur dans l'épaule droite. La respiration est très-courte. Elle ne s'entend presque pas dans le côté droit. Le râle crépitant n'a point cessé en arrière et à droite. En arrière et à gauche, la respiration est dans l'état physiologique. Une éruption de plaques blanchâtres s'est montrée sur les lèvres. M. le professeur Fouquier soupçonne une affection du foie (*vésicatoire sur le milieu de la poitrine*.

Bourrache oxymel., 2 pots. Trois grains de tartre stibié dans chaque pot. Potion gommée avec miel scillitique, ℥ ß. et kermès 2 grains).

6, les plaques blanchâtres de la bouche se sont multipliées. Le malade est très affaissé. (*Bourrache oxymel. avec tartre stibié, deux grains dans chaque pot*).

7, le dévoiement a augmenté. On n'entend presque pas la respiration du côté droit. On cesse l'usage de l'émétique. Le pouls est mou quoique plein. (*Bourrache oxymel. Potion gommée avec miel scillitique ℥ ß, kermès* iv *grains, entretenir le vésicatoire*).

8, la dyspnée et l'anxiété sont extrêmes. Le malade se plaint d'une douleur qui traverse la poitrine, et s'étend dans les deux côtés. La percussion sur l'hypochondre droit est très-douloureuse, et donne un son mat. Pouls intermittent à la troisième pulsation, inégal. Les lèvres sont recouvertes par les plaques blanchâtres. La langue est jaune, sèche et très-sale. (*Bourrache gommée oxymellée, potion gommée avec kermès* iv *grains, oxymel scillitique* ℥ ß, 20 *sangsues sur le côté droit*).

9 *Juillet.*—Mort à 5 heures du matin.

Autopsie le 10, *à neuf heures du matin.*—Le cadavre a beaucoup d'embonpoint. Les cartilages costaux sont presque tous ossifiés.

En enlevant la paroi antérieure de l'abdomen et du thorax, on découvre, dans la première de ces cavités, un foyer rempli d'un pus séreux présentant beaucoup de flocons. Ce foyer est formé dans l'épaisseur du foie, vis-à-vis la réunion du lobe moyen et du grand lobe. Sa capacité peut admettre plus qu'un poing ordinaire. On y distingue plusieurs enfoncemens ou poches secondaires. Des brides traversent ce foyer dans diverses directions, et forment des cloisons incomplètes. On les incise pour s'assurer si ce ne sont point des vaisseaux qui auraient ré-

sisté à la suppuration, mais il est impossible d'y introduire un stylet et d'y découvrir la plus petite cavité. Il est probable que ce sont plutôt des filamens celluleux. Tout le foyer est tapissé par une membrane semblable à du pus solidifié, renfermant, dans quelques points de son épaisseur, de petits foyers purulens. On la détache assez facilement du foie dans plusieurs endroits; dans d'autres, il est presqu'impossible de l'en séparer. A quelques lignes au-dessous, le foie est ramolli; sa couleur est d'un brun-noirâtre. La partie du viscère correspondante au diaphragme est revêtue par une espèce de fausse membrane très-épaisse qui unit ce muscle avec le foie; mais cette production, composée de plusieurs couches, se confond par les plus profondes avec la substance du viscère qui semble être refoulée. Tout ce tissu est noirâtre, mollasse, et ne peut être que difficilement isolé du muscle diaphragme. A droite de la grande faux qui est recouverte de fausses membranes, on aperçoit une espèce de cicatrice. C'est un enfoncement long de trois pouces, traversant le foie d'avant en arrière. On ne peut l'attribuer à une ancienne plaie, puisqu'il n'en existe aucune trace à l'extérieur. Un fait vient à l'appui de l'opinion de ceux qui ont regardé cet enfoncement comme une cicatrice, c'est que le tissu du foie, plus compacte dans cet endroit, offrait des fibres blanches de nature fibreuse. Le diaphragme n'a point été perforé; il conserve son épaisseur.

La plèvre et les poumons droits sont enflammés. Le poumon gauche contient quelques tubercules ramollis. Les deux feuillets du péricarde sont partout adhérens. Une des valvules aortiques présente une ossification. La rate est très-molle. La muqueuse de l'estomac est d'un rouge-clair dans toute la partie qui correspond au foie. Les autres organes ne sont point altérés.

Si nous examinons attentivement les particularités de

cette observation, nous serons conduits à faire plusieurs remarques curieuses sur l'étiologie et la nature de cette maladie. Il nous paraît d'abord démontré que la suppression de la transpiration habituelle des pieds a été la cause première de l'affection du foie, en déterminant peu-à-peu vers cet organe une congestion sanguine. La coïncidence frappante qui existe entre cette suppression et l'apparition des coliques, nous en offre la plus forte preuve. D'ailleurs, il n'est pas de praticiens qui n'aient observé les mauvais effets de la cessation de cette sécrétion sur l'économie animale. J'ai connu une jeune demoiselle fort intéressante, qui voulant arrêter une sueur aux pieds qui ne la quittait jamais, mit ses jambes dans le vinaigre. La transpiration fut brusquement interrompue, mais la jeune imprudente, prise aussitôt d'une dyspnée dont nul remède ne put triompher, mourut quelques années après des suites d'une affection pulmonaire. Comment ce phénomène est-il produit? Je l'ignore, mais c'est un fait que cette partie du corps a une intime sympathie avec les viscères les plus importans.

La maladie du foie nous paraît devoir être rangée parmi les phlegmasies aiguës. Cette opinion est fondée sur le ramollissement du parenchyme, sur les petits abcès qui étaient évidemment d'une date récente, sur la rapidité de la marche des symptômes, et sur l'embonpoint que le malade a conservé jusqu'à ses derniers momens. Nous avons fait voir en effet dans l'observation précédente, que le ramollissement était un signe certain de l'état aigu des maladies; nous ne reviendrons point, par conséquent, sur ce sujet. On sait également que la suppuration a le plus ordinairement lieu vers la fin du deuxième septenaire, et c'est ce qui paraît être arrivé dans cette circonstance, puisque les symptômes redoublèrent d'intensité à cette époque. Les abcès hépatiques,

lorsqu'ils sont aussi considérables, doivent être la source de grands troubles dans l'économie animale, et nous avons la preuve que Lacroix n'est tombé malade que quinze jours avant son entrée à l'hôpital. Nous ne voulons pas dire par là qu'il n'y ait pas eu d'autre maladie du foie, et nous sommes même portés à croire que cet organe était, depuis l'accident de la suppression, le siège d'un travail morbide; les douleurs périodiques de l'hypochondre droit, auxquelles le malade était en proie chaque année, la cicatrice que nous avons trouvée dans le foie, donnent quelques probabilités à cette opinion. Déjà M. le docteur Mérat, dans un très-bon article du grand *Dictionnaire des Sciences médicales*, avait appelé l'attention sur ces intersections blanchâtres d'apparence fibreuse qu'on observe dans le foie, et qui ont de la ressemblance avec le tissu d'une ancienne cicatrice. Celle qui existait dans le foie de Lacroix avait réellement la nature fibreuse. Rien n'empêche d'admettre qu'à la suite des abcès du foie, le pus ayant été résorbé, il ne s'opère une véritable cicatrisation analogue à celle que l'on remarque dans le poumon et dans le cerveau. Cette supposition est d'autant plus fondée, que l'on compte plusieurs exemples de guérison d'abcès hépatiques. Nous ferons encore remarquer que le teint jaunâtre et la douleur de l'épaule droite sont des signes qu'on observe fréquemment dans les maladies du foie; souvent même ils sont les seuls qui fassent naître l'idée d'une altération de cet organe. Dans un assez court espace de temps, M. Kapeler, médecin en chef de l'hôpital Saint-Antoine, a eu occasion d'observer huit fois la douleur de l'épaule; nous l'avons nous-mêmes vue un assez grand nombre de fois. Il est difficile de dire si l'hépatite a succédé dans ce cas à une phlegmasie du tube intestinal, car la tunique de l'estomac portait les traces d'une inflammation récente et

légère, et la muqueuse intestinale n'offrait aucun vestige d'altération. Le dévoiement qui a eu lieu dans les derniers jours de la vie du malade, n'est, selon nous, que l'effet sympathique de la maladie du foie; peut-être est-il dû au tartre stibié? Nous ne dirons rien des autres lésions trouvées chez Lacroix; seulement nous ferons remarquer, ainsi que nous l'avons déjà fait plusieurs fois, qu'il n'est pas rare de voir survenir dans les derniers jours de l'existence, cette complication d'inflammations souvent méconnues et toujours mortelles.

Obs. IV.° — *Hypertrophie de la substance brune du foie, coloration grise extérieure de ce viscère, lésions de la rate, inflammation de l'estomac, du duodénum et des intestins; dilatation du ventricule gauche du cœur, transformation graisseuse apparente de ce viscère, pleurésie du poumon gauche.* — Le 26 avril 1824, le nommé Thasquin, âgé de 68 ans, natif de Liège, employé au Ministère de la guerre, entra à l'hôpital de la Charité, dans les salles de M. le professeur Fouquier.

Ce malade fut traité, il y a quelques mois, d'une fluxion de poitrine, à l'hôpital du Val-de-Grâce. Le côté gauche était douloureux; la respiration difficile; la toux intense; les crachats mêlés de sang. Une douleur très-forte s'étant fait sentir dans l'hypochondre droit, on fit sur ce point une application de 30 sangsues; la douleur disparut, et le malade sortit guéri, après avoir passé quinze jours au Val-de-Grâce. Dans les huit jours qui suivirent sa sortie, Thasquin s'aperçut que ses jambes enflaient; cette tuméfaction était très-sensible le soir. Quelques mois se passèrent dans cet état, enfin le malade se décida à entrer à la Charité; voici les phénomènes que nous observâmes: face décolorée, luisante; œdème considérable des pieds, des jambes, des cuisses, du scrotum et du prépuce; les urines coulent facilement. Le pouls est dur, développé,

un peu fréquent. Le malade prétend n'avoir pas eu de palpitations. Il ne se plaint point d'étouffemens ni d'oppression. Les battemens du cœur sont assez éclatans.

27, même état. (*Bourrache gommée avec nitrate de potasse* ʒ ß, *pilules de digitale* 1 *gr. quatre fois; lav. purgatif.*)

29, la tuméfaction est moins considérable. Les urines sont abondantes. La chaleur de la peau est douce. (*Même prescription.*)

6 mai, le malade tousse beaucoup. Il expectore une assez grande quantité de mucosités épaisses.

7, les crachats sont abondans; la face décolorée; l'épigastre douloureux. Quelques vomissemens. (*Bourrache gommée avec nitrate de potasse* ʒ ß., *potion gommée avec miel scillitique* ʒ ß, *pilules de digitale* 1 *gr. quatre fois.*)

10, crachats abondans, comme puriformes. Vomissemens. (*Bourrache gommée avec nitrate de potasse* ʒ ß.)

11, mort à cinq heures du matin.

Autopsie. — Cadavre légèrement infiltré. Le poumon gauche présente des vestiges de concrétions albumineuses, demi-liquides. Les plèvres du côté droit ont contracté entre elles quelques légères adhérences. Le cœur est augmenté de volume. Le ventricule gauche est notablement dilaté, sans épaississement de ses parois. Il n'existe point de rétrécissement. La membrane propre du cœur est pointillée de petites taches rouges, qu'on dirait faites avec un pinceau. Le même phénomène s'observe dans un grand nombre de colonnes charnues. Ces taches ne s'enlèvent point par le lavage. La membrane muqueuse de l'estomac est rosée, elle se détache facilement avec le dos d'un scalpel. Cette coloration est aussi très-prononcée dans le duodénum et dans une partie de l'intestin grèle. A l'extérieur le foie offre une couleur grisâtre; ses granu-

lations, et particulièrement celles de la substance brune, sont beaucoup plus prononcées que dans l'état normal, leur configuration donne au foie un aspect lobulé. Dans quelques endroits, cette même substance paraît sensiblement décolorée. La rate a un volume considérable; elle est très-ramollie et de consistance de lie de vin. Sa surface convexe est entièrement recouverte par une calotte blanchâtre, qui est elle-même composée de plusieurs couches. Les plus extérieures sont cartilagineuses; les moyennes osseuses, au nombre de cinq; les plus profondes, de nouveau cartilagineuses, sont également au nombre de cinq. Leur densité diminue à mesure que l'on s'éloigne de la portion osseuse. Cette dernière partie ne peut être divisée que par la scie.

L'anatomie démontre (1) que le foie est composé de deux substances, l'une jaune (claire, *Meck.*) l'autre brune (foncée, *Meck.*). Celle-ci se distingue de la première, non-seulement par sa couleur, mais encore parce qu'elle est circonscrite par elle dans des aréoles polygonales. Ces deux circonstances connues, il devient facile d'apprécier l'augmentation de l'une ou de l'autre substance. C'est, en effet, ce qui est arrivé dans l'observation de Thasquin; on crut d'abord que toutes les granulations étaient plus volumineuses; mais en examinant avec plus d'attention, on s'aperçut que la substance brune était plus colorée que dans l'état ordinaire, qu'elle était tuméfiée, et qu'elle avait ainsi éprouvé une véritable hypertrophie, d'où résultait un aspect lobulé du foie. Cette hypertrophie partielle était accompagnée d'une augmentation de consistance. La maladie de l'organe sécréteur de la bile nous paraît avoir précédé la phlegmasie du tube

---

(1) M. le professeur Cruveilhier ne croit pas qu'il existe deux substances; il assure dans ses cours que des injections poussées par les vaisseaux sanguins et biliaires ont pénétré dans toutes les parties de l'organe.

digestif, car celle-ci a tous les caractères d'une inflammation récente, tandis que l'hypertrophie du foie indique que la congestion sanguine qui l'a produite remonte déjà à une époque éloignée. La douleur vive que le malade éprouva dans l'hypocondre droit, au Val-de-Grâce, doit être regardée comme le point de départ de la lésion.

V.ᵉ *Obs.* — *Atrophie du foie; hypertrophie de la substance jaune* (*cirrhoses de* Laennec); *adhérences de la surface convexe au diaphragme; gastro-entérite-péritonite; ascite.* — Prétane, âgée de 50 ans, marchande de fruits, née à Paris, entra le 26 novembre 1823, à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Fouquier. Cinq mois auparavant, elle avait eu une pleuro-pneumonie avec une fièvre dite adynamique. La malade nous raconta qu'elle avait beaucoup délire pendant sa maladie, et qu'elle laissait aller sous elle. On la traita à l'Hôtel-Dieu par des applications de glace sur la tête et des sinapismes aux jambes. A sa sortie de l'hôpital, elle avait une anasarque générale, qui disparut quelque temps après, et fut remplacée par une tuméfaction considérable du ventre. Quinze jours avant son entrée à la Charité, l'anasarque avait reparu. A cette époque, son ventre était très-tuméfié, sonore à sa partie supérieure. La malade éprouvait des douleurs extrêmement violentes dans l'abdomen; la pression les augmentait considérablement. Cette partie du corps était continuellement baignée par la sueur. La respiration était gênée, l'épigastre douloureux, le pouls résistant. Cet état persistait jour et nuit. Il n'y avait point de soif; l'appétit n'était pas dérangé; le sommeil n'avait plus lieu. Les repas n'augmentaient point point la dyspnée; seulement les selles devenaient plus abondantes. La malade a beaucoup maigri.

3 janvier 1824. La langue est nette; le pouls est dans l'état ordinaire; les urines ont leur couleur naturelle,

leur quantité n'est pas augmentée. Les selles sont liquides; la respiration est courte; la malade est obligée de prendre haleine de temps en temps; l'abdomen percuté donne un son également clair partout; à la partie inférieure cependant il est plus obscur. La fluctuation ne peut être reconnue.

4. L'état de la malade ne présente rien de particulier. (*Bourrache gommée. Le quart.*)

6. Le ventre est moins gros; la fluctuation est à peine sensible dans la position horizontale, mais on la reconnaît mieux en faisant prendre à la malade la position verticale, et surtout en la faisant tenir sur les genoux et les coudes. Diarrhée. Il n'y a ni soif, ni fièvre. Le ventre s'étale; le sommeil est nul. (*Orge gommée.*)

8. La fluctuation se fait sentir dans les parties supérieure et latérales. L'appétit est bon; le sommeil est un peu meilleur; la peau est chaude; le pouls a peu de fréquence.

9. La respiration est gênée; le sommeil est moins agité. (*Bourrache gommée, nitre,* ʒ j; *pilules de digitale, 1 grain trois fois; extrait de genièvre,* ʒ j. *Le quart.*)

11. La face n'offre rien de particulier; le pouls n'est pas fébrile; la fluctuation est partout sensible. Point de soif, ni de constipation. La respiration n'est point gênée; la malade ne dort pas.

12. Même état. (*Bourrache gommée avec nitrate de potasse,* ʒ j; *teinture de digitale,* xv *gouttes.*)

15. La malade est sortie pour des affaires de famille. Le ventre est très-volumineux; la fluctuation est évidente.

7 février. Pretane rentre à l'hôpital dans un état de souffrance extrême; elle est très-oppressée; sa maladie ne cesse de faire des progrès. Le 20, elle expire.

21 *Autopsie.* — On pratique la ponction. Il s'écoule par l'ouverture une grande quantité de sérosité citrine non trouble. Les cuisses et les jambes sont infiltrées. Le péritoine est d'une couleur gris pâle. Il adhère au colon

transverse à l'aide d'un grand nombre de brides qui ressemblent beaucoup par leur disposition aux colonnes charnues du cœur. La séreuse intestinale est généralement grise. La tunique muqueuse est augmentée de volume; le tissu cellulaire sous-jacent est infiltré. L'hypertrophie existe également dans une grande étendue de la membrane musculaire. La muqueuse de l'estomac est plus épaisse que dans l'état sain; vers le grand cul-de-sac elle est très-ramollie. Le foie attire notre attention par la diminution de son volume. Il semble être remonté pour se cacher sous les côtes. Sa face convexe a contracté de fortes adhérences avec la surface correspondante du diaphragme. Examiné dans sa structure, on observe que la substance jaune est beaucoup plus prononcée que de coutume; les aréoles polygonales qui circonscrivent la matière brune sont très-développées. Les granulations de la substance jaune ont un volume différent; quelques-unes égalent à peine un grain de millet ou de chénevis, d'autres ont la grosseur d'un pois. Leur couleur est d'un jaune roux, tirant sur le foncé; leur tissu est plutôt flasque que mou. La matière brune interposée entre elles est réellement atrophiée, dans quelques endroits elle semble avoir entièrement disparu.

L'étude de l'anatomie pathologique vient sans cesse jeter un nouveau jour sur les lésions des tissus et des organes. Laennec, auquel on doit d'ailleurs de si beaux travaux sur la médecine, entraîné par d'anciennes théories, avait fait de l'hypertrophie de la substance jaune du foie, un tissu accidentel sans analogue dans l'économie animale. Si son opinion ne nous paraît point d'accord avec les faits, il n'en est pas moins constant que ce célèbre praticien avait très-bien observé ce qui arrive dans cette circonstance. Le développement des cirrhoses, dit-il, est une des causes les plus communes de l'ascite, et il a cela de particulier, qu'à mesure que les cirrhoses se développent,

le tissu du foie est absorbé (ce qui signifie que la substance brune, circonscrite par la substance jaune, diminue peu à peu de volume), finit souvent par disparaître entièrement, et que, dans tous les cas, un foie qui contient des cirrhoses, perd de son volume, au lieu de s'accroître d'autant. Ce fut en lisant l'ouvrage du célèbre Morgagni que nous eûmes la pensée que les deux substances dont se compose le foie, pouvaient augmenter ou diminuer de volume. Ce grand anatomiste, dans sa troisième lettre, §. IV, où il rapporte l'histoire d'un portefaix mort d'apoplexie, dit que le foie était dur, marbré de rouge et de blanc à l'extérieur; il ressemblait à l'intérieur à un foie bouilli; les granulations qui forment les deux substances, étaient très-petites. Les recherches que nous avons faites à ce sujet nous ont paru concluantes, et depuis, les travaux publiés par M. Andral dans le quatrième volume de la *Clinique médicale*, nous ont pleinement confirmé dans notre opinion. Cette manière de voir les choses est conforme à la physiologie; tandis que l'hypothèse des tissus accidentels sans analogues, est tellement vague et denuée de raisonnement, qu'elle ne peut en aucune manière satisfaire un esprit juste. L'observation de la femme Prétane offre encore cela de particulier, que l'appétit se conserva presque jusqu'à la fin de la vie, quoique les surfaces digestives fussent manifestement altérées. Cette phlegmasie de la tunique muqueuse remonte à l'époque de la fièvre dite adynamique; elle est sans contredit la cause de l'affection du foie. La péritonite, ne s'étant déclarée que quinze jours avant l'entrée de la malade à la Charité, n'a pu influer que bien secondairement sur l'ascite, qu'on doit regarder comme le résultat de l'hypertrophie de la substance jaune du foie, ainsi qu'il arrive dans la presque totalité des cas.

Obs. VI.ᵉ — *Hypertrophie des deux substances du foie*

avec induration; ulcérations de la muqueuse intestinale; tuméfaction et ramollissement de la rate; pneumonie gauche. — Un homme d'une quarantaine d'années entra à l'hôpital de la Charité le 15 novembre 1824, service de M. le professeur Fouquier.

Depuis plusieurs mois, cet homme ressentait une douleur sourde dans l'hypochondre droit, ce qui ne l'avait point obligé de suspendre ses travaux. Dans la journée du 12 novembre, il éprouva de la difficulté à respirer; deux jours après il expectora des crachats sanguinolens. A son entrée à l'hôpital, les crachats étaient visqueux et teints; la pommette gauche très-colorée; la respiration n'était point gênée. Le son était obscur à la base du poumon gauche; la respiration s'entendait mal dans cet endroit. Le dévoiement était survenu depuis un mois. En palpant l'abdomen, on déterminait une douleur sourde dans l'hypochondre droit; le toucher fit reconnaître au-dessous des fausses côtes droites, une tumeur que nous jugeâmes appartenir au foie. Trois saignées furent pratiquées depuis le 15 jusqu'au 23; elles présentèrent toutes une couenne inflammatoire. Les boissons consistèrent dans de l'eau de riz gommée, des potions gommées et des juleps somnifères.

24, le malade éprouve de la douleur le long du colon transverse. Le pouls est plein et fréquent. Il y a de légères sueurs le matin. Le sommeil est assez bon. Peu de toux, peu d'oppression; trois selles. (*Eau de riz gommée; julep somnifère*).

26, pouls fréquent, assez plein, peau chaude; sueurs abondantes; langue couverte d'un enduit blanchâtre, crachats non-visqueux, trois selles. Le ventre n'est point douloureux. (*Eau de riz gommée, potion gommée*).

28, soif; sang dans les crachats; pouls plein, fréquent; peau très-chaude; le dévoiement augmente. (*Saignée de ℥vj, eau de riz gommée, potion gommée, julep*).

29, plus de crachats teints; point de matité; mais la face est pâle et abattue. La langue et la peau sont sèches. Le pouls est assez développé. Le dévoiement est toujours considérable; le ventre est douloureux. (*Eau de riz gommée, sirop de vinaigre, potion gommée avec un gros d'extrait mou de quinquina, un gros d'acétate d'ammoniaque. Deux sinapismes aux jambes*).

1.er *Décembre.* Pâleur plus grande de la face. Enduit noirâtre sur les dents. Langue noire et sèche. Selles mêlées de sang. Abattement plus profond. Le ventre est assez souple; il n'est point sensible à la pression. On sent toujours la tumeur à droite. (*Même prescription, deux sinapismes aux genoux*).

Le 3, mort. Les selles ont été sanguinolentes jusqu'à la terminaison fatale.

Autopsie le 4. Les poumons sont gorgés de sang à leur partie postérieure; ils sont tous les deux crépitans. Le cœur et l'estomac ne présentent rien de remarquable. L'intestin grêle est sain dans son tiers supérieur, mais dans ses deux tiers inférieurs la membrane muqueuse est enflammée: les valvules conniventes sont très-rouges. A quelque distance de la valvule iléo-cæcale, on aperçoit des ulcérations qui deviennent fort nombreuses aux environs de cette valvule. Le foie est très-augmenté de volume; son tissu résiste au scalpel. En l'incisant, on distingue une foule de granulations brunâtres, dont les unes ont le diamètre du crystallin, et les autres sont beaucoup plus petites. Ces granulations sont circonscrites par des aréoles polygonales jaunâtres, ou par des plaques de même couleur, beaucoup plus grandes que dans l'état normal. Ce tissu intermédiaire, et dans lequel les granulations brunâtres sont contenues, paraît être de nature fibreuse; de nombreux vaisseaux s'y rencontrent. La rate est très-tuméfiée et presque diffluente.

Chez l'individu qui fait le sujet de cette observation, il est assez difficile de dire si la maladie du foie fut la première, ou si elle succéda à une phlegmasie intestinale. Elle commença sans doute par une congestion sanguine, qui détermina peu-à-peu l'hypertrophie des deux substances. Quoique cette lésion ait été rarement mentionnée, et que M. Andral n'en cite dans sa clinique qu'un très-petit nombre d'exemples, je la crois assez commune. Lorsque je suivais la clinique de M. le professeur Fouquier, j'ai souvent vu des foies beaucoup plus développés que dans l'état normal; mais tout en admettant que l'hypertrophie des deux substances n'est pas aussi rare qu'on le pense, je regarde l'hypertrophie d'une seule substance et celle d'un lobe comme plus fréquentes. La maladie du foie ne nous paraît point avoir été la cause de la mort; celle-ci doit être attribuée à la phlegmasie intestinale, qui prit un nouveau degré d'acuité dans les derniers jours de la vie du malade, ainsi que le démontrent la douleur de l'abdomen et l'aspect sanguinolent des selles.

Obs. VII.e — *Hypertrophie, tubercules et cancer du foie, distension énorme de la vésicule biliaire; tumeur du pancréas comprimant les canaux; ictère.* — Une femme d'environ 70 ans entra à l'hôpital de la Charité, salle Ste.-Marthe, dans le courant de l'année 1823. Sa peau était uniformément ictérique. La malade se plaignait depuis long-temps de douleurs lancinantes dans l'abdomen. La première chose que nous rencontrâmes en explorant cette cavité fut la vésicule biliaire; elle était considérablement distendue, pouvait facilement être repoussée, mais elle reprenait aussitôt sa place. Le foie avait acquis un accroissement remarquable; il dépassait les fausses côtes de plusieurs travers de doigt et s'avançait dans l'épigastre. En le palpant, nous sentîmes six à sept petites bosselures, dont quelques-unes étaient creusées en

godet. M. le professeur Fouquier diagnostiqua un cancer du *foie*. Cette femme succomba environ un mois après son arrivée. Les fonctions digestives se faisaient mal depuis quelque temps.

A l'ouverture, nous trouvâmes le foie dans un état d'hypertrophie remarquable. Il s'étendait dans l'épigastre et jusque dans l'hypochondre gauche. Au-dessous du rebord cartilagineux des fausses côtes, il n'avait pas moins de quatre pouces de diamètre. La vésicule biliaire, exactement semblable à une grosse poire, contenait une très-grande quantité de bile noirâtre. En soulevant la face concave du foie, nous aperçûmes une tumeur très-volumineuse, qui faisait une saillie remarquable sous cet organe. Cette tumeur comprimait fortement les canaux biliaires. Nous détachâmes le foie pour l'étudier convenablement. A l'extérieur, il avait une teinte verdâtre qui existait également dans l'intérieur. En incisant le viscère, on distinguait çà et là, des tumeurs squirrheuses de volume variable. Plusieurs de ces tumeurs étaient colorées en jaune: quelques-unes étaient verdâtres. Ce tissu n'existait pas seul; de distance en distance, on apercevait des masses tuberculeuses; plusieurs ressemblaient à la matière cérébriforme. Les mêmes altérations se retrouvaient dans les tumeurs bosselées que présentait la surface convexe du foie. La vésicule biliaire était hypertrophiée dans sa membrane muqueuse. Nous examinâmes la tumeur qui avait comprimé les canaux. Elle était formée par le pancréas qui avait pris un développement prodigieux. La dissection nous fit reconnaître qu'il était presqu'entièrement converti en un tissu lardacé. La muqueuse du tube digestif était rouge dans plusieurs points de son étendue.

La cause de la maladie du foie et de la distension de la vésicule ne peut être cherchée ailleurs que dans la

tumeur du pancréas qui, comprimant les canaux biliaires, a dû nécessairement arrêter ou du moins gêner beaucoup le cours de la bile; celle-ci, par son séjour prolongé irritant l'organe, y a déterminé l'afflux du sang, qui, sous l'influence de l'inflammation, a donné lieu aux diverses productions qu'on a désignées sous les noms de tubercules, de squirrhe, de matière cérébriforme. La même raison rend très-bien compte de la teinte ictérique uniformément répandue sur tout le corps. Nous ferons remarquer que les fonctions digestives ne s'altérèrent que dans la dernière période de l'existence. Cette circonstance est assez singulière, lorsqu'on se rappelle la lésion que le foie avait éprouvée; néanmoins, cette continuité des fonctions digestives se rencontre assez fréquemment dans certaines maladies des viscères, et principalement dans la phthisie pulmonaire. Il est probable que, chez la femme qui fait le sujet de notre observation, il coulait encore un peu de bile dans l'intestin. L'hypertrophie du foie, dans ces différentes observations, doit être notée avec soin. Cette hypertrophie, que nous regardons, en effet, comme un des produits de l'inflammation chronique, a toujours été vue par nous dans les tubercules, le cancer et le tissu encéphaloïde du foie. Bayle avait déjà observé que dans la dégénérescence tuberculeuse, le foie a constamment acquis un volume considérable. Cette coïncidence de l'hypertrophie et des tissus dits accidentels, prouve bien évidemment que ceux-ci sont les résultats de l'inflammation chronique. La marche des symptômes vient encore à l'appui de cette opinion. Les divers auteurs qui ont écrit sur les maladies du foie pensent également que ces altérations sont les indices d'une lésion ancienne.

Obs. VIII.e — *Hypertrophie et tubercules du foie; compression du canal cholédoque par des masses tuber-*

culeuses; ictère; ascite. Cancer de l'estomac (1). *Hypertrophie du ventricule gauche. Hépatisation du poumon droit. Pleurésie du côté gauche.* — Le 16 mai 1824, le nommé Varlet, âgé de 53 ans, employé au roulage, natif de Meresville (Calais), entra à l'hôpital de la Charité, où il fut placé dans les salles de M. le professeur Fouquier.

Cet homme, à la suite d'un refroidissement, fut atteint, il y a environ six semaines, d'un catarrhe, dont les symptômes se montrèrent peu intenses. La toux était médiocre, l'expectoration facile; il ressentait seulement une douleur derrière le sternum. La toux cessa presqu'entièrement il y a trois semaines. A cette époque, l'épigastre devint douloureux. Varlet remarqua que lorsque les alimens arrivaient dans l'estomac, il éprouvait dans cette région un sentiment de pesanteur. La gêne de la région épigastrique a un peu diminué depuis quelques jours; néanmoins, dès que le malade prend des alimens solides, les premières bouchées ont de la peine à passer; et suivant son expression, il faut qu'il tâtonne avant de continuer son repas: le même effet a lieu pour les boissons. L'eau rougie et le bouillon sont les liquides qui passent le plus facilement. Varlet assure que son estomac a toujours été bon, jusqu'à l'instant de sa maladie; il ne se rappelle point d'avoir eu d'indigestion.

État actuel. La face est légèrement jaunâtre. Les lèvres sont bleues et pincées. La langue est couverte d'un enduit jaunâtre. Le pouls est dans l'état ordinaire. Depuis hier, le malade éprouve des étourdissemens. La pression épigastrique n'est point douloureuse. La poitrine percutée résonne bien partout, un peu moins sur la partie latérale

(1) Nous nous servons du mot consacré; mais notre intention n'est point ici d'admettre la nature cancéreuse de la maladie.

inférieure du poumon droit. La respiration s'entend mal dans cette partie.

18, il n'y a point d'envies de vomir. Le facies indique presque seul la maladie. La peau a pris en effet cette couleur jaune paille, signe caractéristique des affections dites cancéreuses.

22, les boissons passent un peu mieux. Hier, le malade a eu quelques nausées. (*Orge gommée. Deux tasses de lait. Vermicelle*).

27, les alimens sont toujours pris difficilement. Il faut que les premières bouchées soient poussées par d'autres. On lui a mis un vésicatoire sur le sternum. (*Pilules de ciguë, deux grains, six fois; petit lait gazeux*). Depuis le 23, le malade prend des pilules de ciguë, dont on a successivement augmenté la dose.

30, teinte ictérique presque générale. On soupçonne une maladie du foie. L'exploration de l'hypochondre droit fait reconnaître une tumeur qui semble évidemment appartenir au foie. (*Orge gommée. Pilules de ciguë, deux grains, six fois*).

31, la couleur ictérique prend plus d'intensité. La difficulté d'avaler persiste. (*Orge gommée. Pilules de ciguë, un grain, huit fois. Lavement. Entretenir le vésicatoire. Trois soupes; deux tasses de lait*).

1.er juin, la face jaunit de plus en plus. Infiltration des extrémités inférieures. (*Décoction blanche, pilules de digitale, un grain douze fois, deux bouillons, lait.*)

8, la région épigastrique est rénitente. La rénitence est plus prononcée à gauche qu'à droite. L'ingestion des alimens cause une sensation pénible vers le cardia. Le pouls est petit, point fréquent. La langue est blanchâtre. La coloration jaune a envahi les gencives, la muqueuse des lèvres et de l'intérieur de la bouche. L'abdomen est le siége d'un épanchement dont le diagnostic n'a été éta-

bli que dans la visite de ce jour. Le flanc gauche est douloureux.

11, le pouls est faible. Les alimens ont assez bien passé. Les éructations sont fréquentes. L'épigastre est douloureux. Le ventre est tuméfié. La fluctuation est plus marquée. La teinte safranée est au plus haut degré. Le malade tient ses mains croisées sur son estomac. (*Décoction de chiendent édulcorée, nitrée; extrait de genièvre* ℥ij; *poudre de digitale* 10 *gr. en trois doses.*)

Les urines ont une couleur rougeâtre. *Mort le* 12.

Autopsie le 13. La teinte jaune safranée est répandue sur toutes les parties du corps. Le poumon droit est hépatisé dans son lobe inférieur. Les plèvres du même côté ont contracté de nombreuses adhérences entre elles. Le poumon gauche est légèrement engoué dans son lobe inférieur. La cavité de ce côté contient une petite quantité de sérosité. On y voit quelques filamens celluleux. La graisse du cœur offre la teinte jaune de la peau. Le ventricule gauche est hypertrophié. Le foie est augmenté de volume. Il est d'une couleur vert foncé, tirant sur le brun. Sa face convexe est parsemée de tubercules qui font saillie à l'extérieur, mais qui, pendant la vie, étaient cachés par les côtes. Le parenchyme du foie est rempli de ces tubercules, dont plusieurs sont d'un volume assez considérable. Leur couleur est jaunâtre, leur consistance fort dense. On ne les détache qu'avec des portions de la substance du foie. La vésicule biliaire est gonflée comme un petit ballon. Elle est remplie d'une bile extrêmement noire et épaisse. Le canal cholédoque est comprimé par plusieurs masses tuberculeuses, dont quelques-unes ont beaucoup de ressemblance avec le tissu encéphaloïde. La collection séreuse de l'abdomen est assez considérable.

Estomac. L'ouverture œsophagienne, très-resserrée, n'admet le petit doigt qu'avec une extrême difficulté. Au-

dessous de ce rétrécissement, le cardia présente des traces d'une dégénérescence cancéreuse. La membrane muqueuse de l'estomac est généralement augmentée de volume; la musculeuse a doublé d'épaisseur; ses trois ordres de fibres, parfaitement dessinés, peuvent être facilement disséqués. La membrane séreuse a contracté une adhérence très-intime avec le pancréas. Les autres organes n'ont rien présenté qui doive être noté.

La maladie du foie a dû se développer ici sous l'influence de la phlegmasie de l'estomac, l'altération de ce dernier organe étant, dans notre opinion, le résultat de l'inflammation. Nous voyons, en effet, le tissu cellulaire sous-jacent induré, et la membrane musculaire hypertrophiée; or, l'induration est un caractère constant de l'inflammation chronique; la même remarque s'applique à l'hypertrophie qu'on observe dans un grand nombre de phlegmasies chroniques de la muqueuse stomacale, intestinale et vaginale. Bayle et la plupart de ceux qui ont écrit après lui disent que les productions accidentelles peuvent être facilement isolées du foie, et cet organe rester lisse. L'observation que nous venons de citer n'est pas favorable à ce fait, tandis qu'elle vient à l'appui de l'opinion de MM. Bégin et Boisseau, qui pensent que le célèbre pathologiste s'est trop laissé aller au désir de prouver l'isolement des masses squirrheuses du foie.

Je crois devoir joindre à ce fait les deux observations suivantes :

Le cadavre d'un homme âgé d'environ cinquante ans; fut apporté dans les pavillons de la Pitié pendant l'hiver de 1822. Une teinte ictérique très-foncée, répandue dans presque toute les parties solides et les humeurs de ce cadavre, donna l'idée à M. Bérard d'examiner avec soin l'appareil biliaire; voici ce que cet examen lui fit découvrir.

La partie moyenne du canal cholédoque était étranglée par une bride très-étroite, due au tissu lamineux qui entoure ce conduit. Il n'y avait, dans les parties voisines, ni induration, ni dégénérescence squirrheuse ou autre. La partie du canal cholédoque, placée entre l'étranglement et le duodénum, avait un peu diminué de capacité; celle placée au-dessus de l'étranglement, considérablement dilatée par la bile, surpassait en volume un intestin grêle. Les conduits hépatique et cystique avaient participé à cette énorme ampliation. La vésicule, également distendue, dépassait de la moitié de sa longueur le bord antérieur du foie, formant dans l'abdomen une tumeur circonscrite, mobile, ovalaire, présentant, en un mot, les caractères que J. L. Petit a assignés à ces sortes de tumeur; mais c'était principalement dans le foie que la bile retenue avait déterminé des changemens remarquables. Cet organe offrait une couleur verte foncée, qui n'était point le résultat de la putréfaction, car il n'en existait aucun indice, mais bien de la présence de la bile dont il était gorgé. Les vaisseaux excréteurs, dilatés outre mesure, avaient causé l'atrophie du tissu propre de l'organe; ensorte qu'on pourrait comparer le foie à une poche fluctuante parcourue en tous sens par des canaux remplis de bile. Une piqûre faite au hasard donnait lieu à un écoulement continuel de bile verdâtre qui s'échappait des canaux intéressés par cette ponction, quelque superficielle qu'elle fût.

Le second cas d'oblitération du canal cholédoque est extrait du Journal anglais *la Lancette* (avril 1827). Le sujet de cette observation, déjà avancé en âge et adonné aux boissons spiritueuses, avait éprouvé, trois mois avant sa mort, tous les accidens d'une hépatite chronique, tels que tuméfaction du foie, constipation opiniâtre, selles décolorées, urines troubles, épaisses, hui-

leuses, et ressemblant au porter; teinte jaune de toute la surface de la peau, etc.

A l'autopsie, on trouva le foie plus volumineux que de coutume, et offrant un grand nombre de tubercules squirrheux d'un volume égal à celui d'une noix. La vésicule du fiel était deux fois plus volumineuse que dans l'état naturel; les canaux cystique et hépatique avaient chacun environ un pouce et demi de diamètre, et le canal cholédoque environ deux pouces. Ce dernier se terminait au milieu d'une tumeur compacte, située dans l'épaisseur de la grosse extrémité du pancréas, ayant à-peu-près le volume d'une orange. Elle contenait du pus dans son épaisseur, et s'était opposée à la libre circulation de la bile.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Coup-d'œil sur les hôpitaux, les établissemens de charité, et l'instruction médicale en Angleterre; par C. BILLARD, *interne des hôpitaux de Paris.* — (Deuxième partie.)

De l'Instruction médicale. — Il n'y a point encore à Londres d'Université; il existe seulement deux collèges, l'un de médecins, l'autre de chirurgiens, où les élèves prennent leurs grades et reçoivent l'autorisation d'exercer leur profession.

Le collège des médecins fut fondé par le savant médecin Linacre, qui naquit à Cantorbery en 1460, fit ses études à Oxford, voyagea en Italie où il fut accueilli par Laurent de Médicis, revint ensuite en Angleterre et devint successivement le médecin de Henri VII, de Henri VIII, d'Edouard VI, et de la princesse Marie. Ses vastes connaissances à une époque où la médecine en Angleterre était encore au berceau, lui méritèrent les faveurs royales dont il fut honoré. Membre des Universités de Cambridge

et d'Oxford où il avait établi des cours de médecine, il conçut le projet de créer à Londres un collège de médecins, institution d'autant plus difficile à former, qu'il fallait ravir au clergé un des principaux attributs de sa puissance, puisque lui seul avait le droit de conférer les grades, et d'autoriser l'exercice de la médecine. Mais Linacre employa dans cette circonstance son crédit à la Cour, et parvint à fonder le collège des médecins dans l'année 1518; il se composa d'un président, de membres et d'agrégés. Les médecins qui voulurent exercer la médecine à Londres ou dans un cercle de 7 milles aux environs, furent tenus de subir des examens pour acquérir ce droit, et de prendre le titre de membres.

Les séances de l'assemblée se tinrent d'abord dans la maison de Linacre qui fut élu président. Cette institution ne tarda pas à prendre de l'importance, et devint bientôt riche et célèbre par les dotations et les travaux des hommes qui la présidèrent ou en devinrent membres. Tels furent Caius, à qui la ville de Cambridge devait déjà l'éclat de son collège; Hamey, qui par ses bienfaits mérita d'être appellé le second fondateur du collège de Londres; Harvey dont le nom seul rappelle toute la célébrité, et qui, non content d'illustrer cette école naissante en y révélant pour la première fois son immortelle découverte, agrandissait à ses frais le domaine du collège, y bâtissait des salles d'études, et enrichissait sa bibliothèque des ouvrages les plus précieux. Malheureusement cet établissement fut la proie des flammes lors du grand incendie qui dévora la moitié de Londres en 1666. Un autre bâtiment fut destiné aux séances du collège en 1764, époque à laquelle Sir George Ent, que Harvey avait honoré de son amitié, fut élu président.

Depuis cette époque jusqu'à nos jours beaucoup d'hommes célèbres soutinrent la gloire du collège des médecins,

et il suffit, pour rappeller l'éclat de cette institution, de citer les noms de Mead, de Askey, de Pitcairn et de Baillie. Ce dernier, neveu du célèbre W. Hunter, fut aussi l'héritier de son génie et de son amour pour la science. Il légua en mourant au collège des médecins sa bibliothèque et ses préparations anatomiques, fruit de ses recherches assidues sur les cadavres. Le collège des médecins tient aujourd'hui ses séances, dans un bâtiment élégant, construit d'après les dessins de M. Smirke, en 1823, dans Warwick lane, Pall-mall East. Ce collège n'a peut-être pas aujourd'hui la même célébrité qu'autrefois; cependant les membres qui le composent occupent un rang distingué dans la science, et je craindrais de blesser ici leur modestie, en rappellant les droits qu'ils ont à l'estime du monde médical. Il faut, pour exercer à Londres et pour occuper les diverses fonctions du service de santé des hôpitaux, être reçu membre du collège des médecins. Un docteur de la faculté d'Edimbourg ou de Dublin ne peut prétendre à ces emplois. Cette mesure me paraît injuste, car le mérite doit être le premier de tous les titres à la confiance des gouverneurs des hôpitaux, et je crois qu'il devrait suffire d'être savant et homme de bien pour arriver aux emplois que la cabale et l'intrigue distribuent peut-être quelquefois à des hommes peu dignes de les remplir.

Collège des chirurgiens. — Le collège des chirurgiens a été fondé par une ordonnance de Georges III. Edouard IV dans la première année de son règne avait ordonné que chaque année la communauté des barbiers et des chirurgiens nommât deux membres des plus savans et des plus recommandables pour les gouverner. Henri VIII, voulant réunir ces deux corps que l'on distinguait par les noms de compagnie des barbiers et compagnie des chirurgiens de Londres, ordonna qu'ils ne fissent désormais qu'une seule

et même corporation, et Charles I.er accorda par des lettres patentes à cette compagnie des privilèges qui s'étendaient à la cité de Londres et à ses faubourgs. Il lui donna le pouvoir d'élire chaque année des gouverneurs, des professeurs chargés de faire quelques leçons, et enfin des examinateurs pour recevoir les chirurgiens de Londres membres de la société. Ainsi la chirurgie anglaise se trouvait humiliée par l'union des hommes recommandables qui la cultivaient, avec les barbiers obscurs dont l'ignorance compromettait la santé des hommes et méritait leur mépris; et cette union était d'autant plus difficile à dissoudre qu'elle se trouvait scellée du sceau des rois.

Mais Georges II rendit aux corps des chirurgiens l'importance et l'éclat de leur profession, en ordonnant la séparation de ces deux corps. Cette séparation fut sanctionnée par un acte du parlement, et fut effectuée le 24 juin 1745. Cependant le collège ou la communauté des chirurgiens, malgré ses droits et ses prérogatives, était tombé en décadence, lorsque Georges III résolut de reconstituer cette compagnie sous le titre de collège royal des chirurgiens, auquel il accorda une Charte, le 22 mars 1800.

Lorsque l'on considère l'espèce de dédain qu'on fit long-temps en Angleterre de la chirurgie, dont on ravala l'éclat et la distinction par son alliance prolongée avec une classe ignorante, on ne doit pas s'étonner de trouver à peine quelques noms illustres dans les annales de l'art en Angleterre, avant le commencement du 18.e siècle. Mais depuis lors on vit s'illustrer par leur savoir et leurs découvertes, Cheselden, Douglas, les deux Monro, Sharp, Cowper, Warner, Alanson, Percival Pott, Hawkins, Smellie et les deux Hunter. J. Hunter a surtout contribué à l'éclat de cette institution, dont la réputation est aujourd'hui soutenue par des hommes d'un mérite et d'un

nom si connus, qu'il est à peine besoin de parler ici de leur gloire contemporaine.

Le collège des chirurgiens tient ses séances dans un bâtiment d'une architecture assez belle. Il renferme une riche bibliothèque et un vaste muséum anatomique. On voit dans ce muséum l'immense collection de J. Hunter (*Hunterian muséum*), qui se compose d'un nombre considérable de pièces d'anatomie humaine, pathologique et comparée, rassemblées et préparées par ce savant, avec un soin et une patience étonnante. Il semble que Hunter, en élevant ce monument utile à la science, ait voulu donner à la postérité une idée de ce que peut embrasser et produire, pendant le court espace de la vie, le vaste génie d'un homme persévérant et laborieux. Malheureusement on manque de documens sur la plupart de ces pièces, il paraîtrait que Hunter a laissé peu de notes sur chacune d'elles; ou, si l'on en croit une tradition sur laquelle le respect pour un nom célèbre m'empêche de m'appesantir ici, il paraîtrait que quelques-unes de ces notes ont été perdues ou brûlées. Le conservateur actuel de ce muséum s'occupe de rédiger un catalogue raisonné de cette collection.

Le collège se compose de gouverneurs, d'examinateurs et de membres. Les examinateurs sont chargés de recevoir les candidats qui se présentent pour obtenir le titre de membres du collège, et qui pour cela doivent se trouver dans les conditions suivantes; le collège ne reconnaît d'écoles d'anatomie, de physiologie et de chirurgie que celles de Londres, d'Edimbourg, de Glasgow et d'Aberdeen; pour être admis à subir des examens au collège, il faut avoir au moins vingt-deux ans et avoir suivi des cours dans l'une des écoles indiquées. On peut encore obtenir la même faveur si l'on a étudié deux ans dans un hôpital de province où il y ait cent malades. A partir de 1828,

on exigera en outre que le candidat ait suivi des cours de chimie et d'accouchemens.

On voit, d'après les détails qui précèdent, qu'indépendamment des cours qui se donnent dans l'intérieur du collège des médecins ou des chirurgiens, les médecins ou chirurgiens qui désirent en être membres sont pour ainsi dire obligés de faire d'abord leurs études dans des écoles ou des hôpitaux de Londres ou de province; cela me conduit à l'examen de ces hôpitaux sous le rapport de l'instruction qu'on peut y puiser.

Tous les hôpitaux de Londres contiennent un amphithéâtre plus ou moins vaste où les médecins et les chirurgiens donnent des cours d'anatomie, de physiologie, de médecine et de chirurgie. L'anatomie est cultivée avec beaucoup de zèle en Angleterre, et si cette branches dès connaissances médicales est moins perfectionnée dans ce pays qu'en France, il faut uniquement en attribuer la cause à la pénurie des cadavres dont le prix est excessivement élevé, aux soins que prend chaque paroisse de faire enterrer les personnes qui meurent dans les hôpitaux, et surtout au respect qu'on a pour les morts dans un pays où l'on rencontre encore les plus petites idées à côté des sentimens les plus généreux. Du reste cette difficulté à se procurer des sujets pour disséquer tourne encore au profit de la science, car les Anglais s'empressent de recueillir avec le plus grand soin les pièces anatomiques qui leur présentent le moindre intérêt, et l'on trouve dans chaque hôpital, de superbes collections anatomiques qui renferment les cas curieux observés depuis longues années, et qui ont donné lieu à des travaux importans, tels que ceux de Hogdson, Brodie, Travers, Bell, Lawrence, sur les maladies des vaisseaux ou des articulations, sur les hernies des voies urinaires. Ces pièces sont là comme des monumens de l'authenticité des

travaux dont elles ont été l'objet, elles attestent en même temps quelquefois l'habileté des grands opérateurs, et c'est avec un véritable sentiment d'admiration que j'ai vu dans le cabinet anatomique de l'hôpital St.-Thomas, cette artère aorte dont Astley Cooper a tenté la ligature dans un cas où la nature seule a vaincu son génie. Je dois surtout parler avec éloge des collections anatomiques de l'hôpital St.-Barthelemy et de l'hôpital St.-Thomas, ainsi que du muséum anatomique d'Astley Cooper, situé près de l'hôpital de Guy. Comme un autre Hunter, ce chirurgien célèbre a réuni dans un local fort bien disposé des pièces très-rares d'anatomie saine, pathologique ou comparée; elles sont confiées aux soins du docteur Hodgkin, qui sans doute enrichira quelque jour la science du catalogue raisonné de cette collection.

Plusieurs médecins à Londres ont également ce goût particulier inspiré par Hunter et Baillie, de recueillir tout ce qui peut intéresser ou éclairer la science anatomique, et j'ai vu chez quelques anatomistes de fort belles collections. Je dois surtout parler de celle du docteur Langstaff, où l'on observe des objets fort curieux, préparés ou desséchés avec le plus grand soin.

Si ce même goût régnait en France, chacun de nos hôpitaux posséderait une collection immense, et l'on trouverait à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, à l'hospice des Vénériens, des Enfans, des Vieillards, etc., les cabinets anatomiques les plus riches et les plus rares où mille faits s'entasseraient sous les yeux des savans, dont les souvenirs s'effacent et dont l'expérience a quelquefois besoin de réminiscences; des élèves avides d'apprendre, et des étrangers qui s'empressent de venir puiser au milieu de nous les secrets d'une science qu'ils n'acquièrent chez eux qu'à force de lutter contre les préjugés. Mais nous ignorons nos richesses ou nous les dédaignons. Il serait donc à désirer

que l'administration créât dans chaque hôpital un cabinet d'anatomie où seraient conservés les cas rares et intéressans. Elle nommerait un conservateur et des aides qui n'arriveraient à ces places que par la voie des concours, et qui ne pourraient les conserver qu'un certain nombre d'années. Former des vœux pour que le conseil général d'administration réalise de telles espérances, c'est plaider devant lui la cause de la science et de l'humanité, dont il aime à seconder les efforts et à prévoir les besoins.

Ainsi, c'est au sein des hôpitaux et sur les cadavres du petit nombre d'individus qui meurent sans être réclamés par leurs parens ou leurs pasteurs, que les élèves étudient l'anatomie. Les cadavres des criminels sont transportés au collège des chirurgiens où ils servent aux démonstrations publiques. Il y a en outre un amphithéâtre d'anatomie à Londres (Windmil street), où se rendent beaucoup d'élèves. Il est à remarquer que les chirurgiens anglais voulant, sans doute, tirer le parti le plus utile des moyens assez bornés qu'ils ont de cultiver l'anatomie, s'empressent surtout d'étudier cette science dans ses rapports avec la chirurgie, et tandis que la France et l'Allemagne possèdent des ouvrages immortels sur l'anatomie descriptive et générale, nous devons à l'Angleterre d'excellentes monographies sur l'anatomie des régions, anatomie qui depuis quelques années vient de recevoir également en France une impulsion nouvelle et de faire de grands progrès.

La chirurgie est fort bien enseignée dans les hôpitaux de Londres. Cet art n'a pas un moindre éclat en Angleterre que sur le continent, où depuis un siècle des hommes célèbres l'ont perfectionnée et enrichie du fruit de leurs travaux et de leurs méditations. Je ne veux pas entrer ici dans les détails d'un parallèle qui, déja tracé par un de nos chirurgiens les plus habiles, exigerait sans doute un

cadre plus étendu que celui dans lequel j'ai le dessein de me renfermer, (1) je dirai seulement qu'à cela près de quelques modes opératoires auxquels certains chirurgiens tiennent encore par une prédilection nationale, la chirurgie anglaise diffère peu de ce qu'elle est en France; et, pour parler sans prévention, je pense que si l'on avait à peser la somme de gloire acquise par chacun des hommes qui dans ces deux contrées tiennent le sceptre de la chirurgie, la balance resterait égale.

Il n'en est pas de même de la médecine; depuis Cullen et Brown, l'Angleterre n'a fourni aucun ouvrage vraiment remarquable sur la philosophie de la science, et il existe, quant aux théories et à la pratique, deux classes de médecins tout-à-fait distinctes, auxquelles, par conséquent, se rattachent deux classes d'élèves.

Les uns, fidèles aux principes des maîtres de l'art, se guident sur les traces du scholastique Linacre, qui popularisa parmi les anglais les écrits d'Hippocrate; de Mead, qui sut faire une alliance si heureuse de la théorie et de la pratique; de Sydenham, que la nature semble avoir choisi pour interprète, et dans le génie duquel elle a, pour ainsi dire, fait passer la simplicité de ses vues; et enfin de Cullen, dont on ne cesse d'admirer, dans ce pays, l'ouvrage systématique. Les autres, entraînés par la marche de la science, et moins attachés que les premiers aux vieilles doctrines, prennent pour base de leurs opinions les progrès récemment faits en anatomie pathologique, ils ont reçu les idées de l'école physiologique, les ont embrassées sans enthousiasme; et n'étant point obligés de les soutenir par esprit patriotique, ils n'en ont fait qu'une application raisonnable, sans leur donner une ex-

(1) *Voyez* le *Parallèle entre la chirurgie anglaise et la chirurgie française*, par M. le professeur Roux.

tension que désavoue même quelquefois le fondateur de cette école.

Les premiers conservent encore les idées qui leur ont été transmises par leurs ancêtres sur les propriétés particulières de certains remèdes, sur l'évacuation nécessaire de certaines humeurs, sur la nécessité des crises et le respect qu'il faut avoir pour les efforts de la nature. De là ces nombreux évacuans, ces pilules spécifiques, ces mixtures héroïques et ce calomel dont on fait un usage si fréquent et parfois si abusif. C'est l'ensemble de ces drogues, administrées sans choix et sans réflexion, qui constitue pour les gens du monde ce qu'ils appellent *la médecine anglaise*, terme aussi vague que ridicule, et dont se plaisent à faire usage ceux de nos compatriotes qui, par une aveugle prédilection, donnent la préférence à tout ce qui vient d'outre-mer, et prouvent ainsi combien est absurde l'anglomanie dont ils sont atteints.

Mais qu'on se garde de croire que tous les médecins en Angleterre exercent leur art à si peu de frais. L'esprit d'analyse et la philosophie qui, depuis un demi-siècle, nous dirigent dans la culture des sciences médicales, ont également fait briller leur flambeau parmi les savans de la Grande-Bretagne, et tel est l'entraînement et la force des grandes vérités dans les sciences, qu'il semble que les préjugés nationaux et l'esprit patriotique se taisent devant elles, pour les laisser triompher dans l'esprit des hommes, de quelque pays qu'ils soient. C'est en effet ce dont on peut se convaincre, en jetant un coup-d'œil sur la manière dont se sont propagées, chez les premières nations de l'Europe, les opinions médicales qui depuis vingt ans ont été publiées sur notre continent. Examinons donc quelles sont les idées théoriques de l'école moderne en Angleterre : je ne puis mieux les faire comprendre que par l'extrait d'une des leçons du cours de mé-

decine donné par M. le docteur Clutterbuck en 1826 dans l'amphithéâtre du dispensaire général à Londres (1).

» Le traitement des maladies, dit ce médecin, ne doit pas consister exclusivement dans l'emploi des médicamens, ni dans le soin que l'on peut prendre de seconder les efforts de la nature; car d'une part certaines maladies peuvent être guéries par de simples précautions de régime, et de l'autre il ne serait pas prudent de provoquer la guérison de quelques affections survenues à la suite des maladies plus graves qu'elles ont remplacées, et dont elles ont hâté la terminaison. Mais lorsque rien ne s'oppose à ce qu'on puisse entreprendre la guérison d'une maladie, on doit d'abord chercher à en combattre ou en éloigner la cause, et régler le régime du malade, en faisant surtout attention à la nature de ses alimens, à l'air au milieu duquel il vit, etc. Il est possible que la maladie parcoure naturellement ses périodes; le médecin doit alors s'attacher à combattre les obstacles qui pourraient en entraver la marche, remédier aux accidens particuliers qui se présentent, et faire, en un mot, ce que les français appellent *une médecine expectante*. Ces préceptes conviennent surtout dans le traitement de certaines fièvres, de la goutte, et de plusieurs maladies cutanées. Nous pouvons, dans quelques circonstances, imiter la nature dans des moyens qu'elle emploie pour terminer les maladies, et mettre ces moyens en pratique. Ainsi, par exemple, l'inflammation des membranes muqueuses se termine ordinairement par une augmentation de sécrétion; eh bien! différens moyens propres à provoquer cette augmentation de sécrétion peuvent être employés. C'est ainsi que, dans le traitement des inflammations abdominales, les purgatifs sont de la

(1) Les leçons de ce cours ont été publiées dans les Numéros de *la Lancette*, en 1826.

plus grande importance, de même que les expectorans dans le traitement des phlegmasies des bronches; car on sait qu'une suppression subite de la sécrétion de ces organes pourrait être funeste; d'où il suit que l'opium, dans la période aiguë de ces maladies, est contre-indiqué, puisqu'il peut supprimer l'écoulement de matières dont l'abondance doit être considérée comme un indice de la terminaison de l'inflammation (1).

» Comme les maladies consistent primitivement et essentiellement dans le trouble des fonctions, notre premier objet doit être de suspendre la cause de ce désordre, et de remédier ensuite à ses effets. Un grand nombre de médecins négligent cette distinction dans leur pratique. Dans l'hydropisie, par exemple, qui est le plus souvent produite par l'inflammation, vous trouverez beaucoup de médecins en Angleterre qui administreront à leurs malades des stimulans pour provoquer l'absorption du liquide épanché, et qui ne penseront pas à combattre l'inflammation qui a causé l'épanchement. C'est par suite de la même erreur que d'autres se croient obligés *de soutenir l'économie*, de conserver la force de la vie, comme ils le disent dans

(1) Je ne partage pas ici l'opinion des médecins anglais, relativement aux purgatifs. Ce principe est, suivant moi, sujet à bien des objections; car ne doit-on pas redouter de mettre en contact avec une membrane enflammée des médicamens qui n'en augmentent la sécrétion que par cela même qu'ils sont stimulans? De tels moyens sont dangereux entre des mains inhabiles, et la facilité avec laquelle nous ouvrons en France des cadavres, nous a souvent convaincus d'un danger que n'a point exagéré la plume de MM. Broussais, Goupil, Roche, etc. Il est vrai qu'en pareil cas les Anglais ne se servent guères que de purgatifs salins dont la propriété est moins irritante que les autres. Mais, je le répète, n'est-il pas dangereux d'augmenter l'action d'un organe enflammé?

leur langage absurde, et s'empressent d'administrer, dans les fièvres, les vins généreux, le quinquina, le camphre, etc., sans s'inquiéter si la faiblesse apparente du malade n'est pas l'effet de l'inflammation du cerveau que les toniques viennent encore exalter.

» On peut détruire la cause morbide qui entretient une maladie, de deux manières différentes : directement ou indirectement : par un traitement local ou général. Le traitement local, lorsqu'il est applicable, peut consister dans l'emploi de tous les moyens propres à modifier l'état physique ou matériel de la partie, ou bien à *changer son mode d'irritation* (1), ou enfin à détruire celle-ci par l'application du froid ou d'autres sédatifs. Un autre moyen consiste à interrompre l'afflux du sang vers la partie malade, soit au moyen de la ligature, soit par la section des vaisseaux. Le traitement général a pour but de modifier l'économie ou une partie de l'économie. La saignée, les purgatifs, les vomitifs et les vésicatoires tiennent le principal rang parmi nos moyens généraux. Ces moyens, en agissant puissamment sur l'économie, changent son état général ou son mode d'être, et cette modification s'étend par sympathie jusqu'à l'organe malade : c'est ce que l'on appelle guérir par *contre-irritation* ; principe essentiel dans notre art, et dont John Hunter a mieux que personne fait connaître l'importance. Lorsque vous employez des évacuans, a-t-il dit, l'avantage que vous en retirez n'est pas en raison de la qualité ou de la quantité des matières évacuées ; ce n'est pas non plus sur

(1) Les médecins anglais attachent beaucoup plus d'importance que nous à ce qu'ils appellent changer le mode d'irritation. Delà l'emploi d'une foule de topiques spécifiques à la tête desquels ils placent les préparations mercurielles et le nitrate d'argent, les dissolutions alumineuses, alcalines, etc.

la quantité ni sur la qualité du sang que doit être basée l'utilité d'une saignée, mais bien sur l'effet général que ces moyens produisent dans l'économie, sur la contre-irritation qu'ils ont causée. Cela peut expliquer un fait qui semble porter avec lui contradiction : c'est que tous les jours on guérit la même maladie par des moyens différens et même opposés. C'est ainsi que certains praticiens guérissent une brûlure par l'application du froid, tandis que d'autres réussiront aussi par l'emploi de l'huile de térébenthine et d'autres stimulans. Il est impossible d'expliquer ces faits sans les rapporter au principe de la *contre-irritation*. Mais tout en se conformant à ce principe, il faut se mettre en garde contre les dangers que peut entraîner son application imprudente et immodérée. Par exemple, l'administration irréfléchie d'un émétique pour guérir une fièvre ou un asthme peut causer une apoplexie, une hernie, ou toute autre maladie à laquelle l'individu serait disposé. »

Dans certains cas, on doit avoir pour but *d'affaiblir l'économie*, et l'on peut y parvenir par la diète et les saignées. Les médecins anglais nourrissent plus leurs malades que les médecins français ; il est rare de voir des malades à la diète entière dans les hôpitaux d'Angleterre. Mais pour avoir une idée des principes sur lesquels est basée la manière de nourrir les malades, laissons encore parler le professeur à qui nous empruntons les opinions que nous voulons exposer ici.

« Lorsque les malades, dit-il, ont un appétit ordinaire et régulier, et lorsque leur estomac digère bien la nourriture qu'on leur fait prendre, je pense qu'il faut s'empresser de satisfaire cet appétit, et qu'il n'est convenable de ne pas leur donner d'alimens que lorsqu'ils n'en désirent pas, qu'ils ont pour eux de la répugnance, ou qu'ils les digèrent mal. Envain le malade présente l'apparence extérieure de

la faiblesse : vouloir restaurer ses forces par une nourriture abondante, lorsque son estomac refuse de la digérer, c'est uniquement alimenter l'irritation générale. Les alimens ne peuvent fortifier qu'autant que l'estomac les reçoit sans douleur, et qu'ils sont parfaitement absorbés et digerés. Mais on ne doit pas balancer à faire prendre des alimens à un malade qui les désire et qui déjà se trouvait dans une débilité assez grande lors de l'invasion de sa maladie. Toutefois il arrive bien plus rarement qu'on ait besoin de stimuler l'économie, et d'ailleurs il est beaucoup plus difficile qu'on ne le suppose généralement d'y parvenir d'une manière convenable.

» Enfin on doit faire attention, dans le traitement des maladies, non seulement aux symptômes, mais encore mieux à leur cause, car on n'a pas toujours guéri la maladie, lorsqu'on a fait disparaître l'un de ses symptômes. La douleur, par exemple, est un symptôme commun à presque toutes les maladies. Cependant il ne convient pas de s'attacher uniquement à la combattre par l'emploi de l'opium et des narcotiques en général. Car la douleur est souvent le résultat d'une vive inflammation que l'opium pourrait augmenter, lors même qu'il assoupit les souffrances du malade; il en sera de même de l'insomnie. On ne doit pas non plus considérer l'augmentation des évacuations comme une maladie, mais comme l'effet d'une maladie. Les noms *de catarrhe, de diarrhée,* semblent indiquer par eux-mêmes l'affection dont ils ne sont que le résultat; si la maladie consistait dans cette évacuation, l'arrêter subitement serait la guérir, et cependant l'expérience a démontré le contraire. Beaucoup de praticiens tombent dans cette erreur lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une phlegmasie chronique du foie; ils pensent que l'inappétence et le dégoût du malade résultent d'un état de flatulence de l'estomac, et ils administrent en conséquence les stimulans

et les toniques pour réveiller l'énergie de cet organe. Que de volumes ont été écrits en Angleterre sur la dyspepsie sans qu'on ait songé à remonter à la cause de ce symptôme! »

Je ne puis insister plus long-temps sur le développement des idées théoriques sur lesquelles est basée la pratique d'un assez grand nombre de médecins Anglais; mais on doit voir, par le peu de mots que je viens d'en dire, qu'à cela près de quelques opinions, qui sont comme les derniers rejettons des préjugés dont l'art de guérir fut long-temps enveloppé chez nos voisins, leur médecine est aujourd'hui plus rationnelle et plus physiologique. Ils ont su profiter des lumières qu'a répandues sur notre science l'étude approfondie de l'anatomie, et devenant, comme nous, disciples de Haller, de Hunter, de Baillie, de Baglivi, de Bordeu, de Brown, de Bichat, de Pinel et d'un célèbre réformateur que la France citera long-temps avec orgueil, ils ont laissé pénétrer chez eux les vérités et les découvertes émanées du génie de ces grands hommes; ils ont senti la nécessité d'unir et de cultiver ensemble la science de la vie et la science de l'organisation, et se sont empressés d'abjurer comme nous l'avons fait, les erreurs sorties des écoles de Paracelse, de Vanhelmont, de Stahl et de Boerrhaave.

Ces idées sont surtout embrassées avec ardeur par les jeunes médecins qui sont venus puiser parmi nous les maximes de notre philosophie. C'est par les efforts de cette nouvelle génération médicale, que s'organise à Londres sous les auspices de plusieurs médecins très-célèbres, une université où seront appellés plusieurs savans de l'Allemagne. Le célèbre F. Meckel doit, dit-on, venir répandre son vaste savoir dans cette école naissante sur laquelle repose, en ce moment, l'espérance d'un brillant avenir pour la médecine en Angleterre. C'est en parcourant les

hôpitaux de Londres, c'est en observant la pratique et en écoutant les raisonnemens des médecins qui les dirigent, qu'il est possible de se faire de la médecine anglaise une opinion telle que je viens de l'exposer; car si l'on descend dans la pratique des gens obscurs qui exercent le métier de guérisseurs dans cette capitale, on ne rencontrera qu'un assemblage d'opinions erronées, de croyances absurdes et de théories routinières, apanage ordinaire de l'ignorance et du charlatanisme.

Ainsi donc, chaque hôpital forme, pour ainsi dire, à Londres, une école particulière, dans laquelle les étudians sont obligés de s'instruire pour aller ensuite subir au collège des médecins ou des chirurgiens les épreuves par lesquelles on doit passer avant d'obtenir le titre de membre du collège et le droit d'exercer l'art de guérir. Les hôpitaux sont d'autant plus suivis, que les médecins qui s'y trouvent sont plus célèbres. Le petit hôpital de chirurgie, dirigé par M. Wardrop, l'un des chirurgiens les plus habiles de Londres, prouve ce que j'avance; quoique cet hôpital, à peine organisé, ne renferme qu'un petit nombre de malades, on s'y porte cependant avec empressement pour y puiser les excellentes leçons du savant chirurgien qui le dirige. En général, les sciences accessoires à la médecine et à la chirurgie ne sont pas cultivées avec la même ardeur qu'à Paris, ou du moins, les cours sur cette matière ne s'y donnent pas d'une manière aussi libérale.

L'université d'Edimbourg jouit depuis long-temps d'une grande célébrité; il ne sera peut-être pas inutile de donner ici un aperçu de son origine et de son état actuel. C'est en 1582, sous le règne de Jacques VI, que furent jetés les premiers fondemens de cette université, mais alors on y enseignait seulement les langues mortes et la théologie; cette institution acquit chaque année plus d'im-

portance. Les rois étendirent ses privilèges, augmentèrent ses revenus, et Cromwell lui-même, au milieu des soucis que lui causaient sans doute les factions qu'il avait fomentées, ne négligea cependant pas de favoriser cette université, à laquelle il destina une rente annuelle de 200 livres sterling (1). Pendant long-temps l'art de guérir n'y fut point enseigné; on ne songea à y créer des chaires de médecine qu'après la révolution et la restauration de la maison de Hanovre.

A cette époque, le collège des médecins languissait malgré les efforts des docteurs Balfour, Pitcairn, Stevenson et Burnet; mais enfin parut un homme dont le nom devait être immortel comme les travaux qu'il nous a laissés.

Alexandre Monro était fils de John Monro, qui avait servi comme chirurgien-apothicaire dans les armées du roi Guillaume, en Flandre. Il se fit remarquer par ses talens précoces et par son goût passionné pour la médecine; et après avoir visité les écoles de Londres, de Paris et de Leyde, il revint à Edimbourg en 1720, où il donna des leçons d'anatomie, qui furent suivies avec un tel empressement, qu'on ne tarda pas à l'attacher comme professeur à l'université. C'est de cette époque que date l'origine de la gloire de cette institution, à la célébrité de laquelle s'empressèrent de concourir Alston, en donnant avec un succès presque égal des cours de matière médicale, Crawfort, en enseignant la chimie, et Preston, en faisant des cours de botanique.

Cependant les moyens d'étudier la chirurgie et la médecine pratiques manquaient aux étudians; mais bientôt le père du célèbre Monro et le grand Prévôt Drumond engagèrent leurs concitoyens à souscrire pour l'érection d'un hôpital, et dans peu de temps l'infirmerie royale

(1) *Stark's picture of Edinburgh.*

fut fondée. La société de médecine d'Edimbourg se forma presque en même temps, de sorte que tout contribuait à la fois à placer l'université d'Edimbourg au premier rang parmi les écoles de médecine établies en Europe.

Depuis lors, la célébrité de cette école fut toujours croissante, les travaux des hommes distingués qui la composaient forment un recueil précieux, répandu depuis long-temps dans tous les points du monde savant; et le mérite, ainsi que la réputation des professeurs s'étendirent si loin, qu'on vit venir des étudians de tous les points de l'Europe et de l'Amérique puiser au sein de cette école les principes de l'art de guérir. Pouvait-il en être autrement, lorsqu'à la célébrité que Monro avait répandue sur cette institution succédait celle dont Cullen, Gregory et Duncan l'environnaient en professant la médecine avec presque autant d'éclat que Monro l'anatomie. C'est à regret que je n'inscris pas sur la liste de ces noms célèbres celui de Brown, que Cullen éloigna toujours de l'université, mais qui n'en contribua pas moins à la gloire de la médecine écossaise, en donnant des cours particuliers où il développa son système, qu'un grand nombre d'élèves embrassèrent et soutinrent avec ardeur.

Depuis la fin du 18me siècle jusqu'à nos jours, l'université d'Edimbourg a plutôt brillé par les travaux des hommes qui dans son sein se sont livrés à la philosophie, à l'astronomie et à l'histoire naturelle, que par la grande réputation des professeurs chargés d'enseigner la médecine. Cependant l'organisation actuelle de cette université me paraît très-propre à relever son éclat; en effet, on y a établi des cours de matière médicale, de pharmacie, de chimie, de théorie et de pratique médicale, d'anatomie, de chirurgie, d'accouchemens, de médecine légale, de clinique médicale, de clinique chirurgicale, de chirurgie militaire et d'histoire naturelle. Ces

cours sont donnés par des professeurs habiles, parmi lesquels se distinguent MM. Duncan, Hamilton, Alison et Monro. L'université possède une riche bibliothèque et une superbe collection anatomique.

La clinique médicale et chirurgicale se fait à l'infirmerie royale, où des salles particulières sont destinées à cela. Tous les professeurs de l'université viennent tour-à-tour y donner des leçons; il n'y a point de professeur spécialement chargé de la clinique; des aides de clinique sont attachés à ces professeurs; ils rédigent les observations, et font sous leurs yeux les autopsies cadavériques. Les étudians en médecine sont obligés de payer 5 livres sterling et 6 schellings par an pour suivre les visites et les leçons de l'infirmerie.

Il existe en outre à Edimbourg un collège de médecins et un collège de chirurgiens, dont on devient membre en remplissant les mêmes formalités que pour les collèges de Londres.

Outre les cours de l'université, il y en a plusieurs qui sont donnés par des professeurs particuliers, et que les élèves suivent avec beaucoup d'assiduité: tel est le cours de médecine donné chaque année par le savant docteur Thompson, dont les recherches ont si bien contribué à éclairer l'histoire de l'inflammation. On lui doit encore des travaux importans sur la vaccine, la variole et les varioloïdes, ainsi que sur les maladies syphilitiques, que depuis longtemps il traite sans mercure avec beaucoup de succès.

Je ne puis me dispenser de parler de la société médicale, qu'il ne faut pas confondre avec la société royale de médecine. Cette société médicale est seulement composée d'étudians ou de jeunes docteurs, qui choisissent parmi eux un président et des secrétaires; ils se réunissent chaque semaine, se communiquent leurs essais, leurs travaux, ou le fruit de leurs observations dans les hôpitaux ou dans leurs voyages, et s'instruisent ainsi par un

échange mutuel de leurs lumières. Ce commerce scientifique est, non-seulement le prélude des travaux plus importans dont ils pourront un jour enrichir la science, mais encore il entretient parmi eux l'émulation dont on a besoin dans l'étude aride des sciences. On trouve en outre, dans le local de la société, une bibliothèque composée de livres nationaux ou étrangers, de mémoires nouveaux et de journaux scientifiques, que tous les jours les sociétaires peuvent venir consulter. J'ai remarqué dans la principale salle de la bibliothèque le buste du savant et jeune anatomiste Gordon, dont la vue rappelle de brillans souvenirs. Gordon, par ses vastes connaissances, son zèle pour l'étude et l'éclat de ses talens, avait mérité l'estime et l'admiration des jeunes médecins qui suivirent ses cours; il fut, m'a dit un de ceux qui eurent le bonheur de le connaître, il fut, pendant sa vie, le Béclard d'Edimbourg.

Je ne m'arrêterai pas à parler de la faculté de médecine de Glasgow ni de l'université de Dublin. Cette dernière, cependant, jouit en Angleterre d'une grande réputation; elle mériterait donc ici quelques détails, mais je ne possède pas pour cela des données suffisantes.

Le domaine de la médecine en Angleterre est envahi par une foule de gens qui, le plus souvent, sont incapables de la pratiquer, ou qui se livrent en même temps à des occupations trop multipliées pour remplir avec exactitude les devoirs que l'art de guérir nous impose. Ainsi, les pharmaciens écrivent à la porte de leur officine, qu'ils sont *apothicaires*, *chirurgiens*, *accoucheurs*, *droguistes*, etc.; les uns tiennent en outre les liqueurs fines, les autres le *soda-water* et *la bière de Gingembre*; de sorte qu'ils allient ce commerce à la science, sans s'inquiéter si les occupations mercantiles de l'un peuvent s'accorder avec les méditations et les études qui appartiennent à l'autre. Comment se fait-il que le collège des

chirurgiens et des médecins permette un tel assemblage, et ne prenne pas des mesures pour que chacun se renferme dans les attributions de son état. Cette coutume rappelle les temps barbares de ces alchimistes qui purgeaient, saignaient, vendaient le dictame, le baume de vie, jugeaient à l'eau, et prédisaient l'avenir.

Je dois, en terminant, faire l'éloge de l'esprit d'hospitalité qui règne parmi les médecins en Angleterre; ils accueillent surtout, avec la plus grande affabilité, les médecins qui viennent du continent (1). On dirait qu'ils regardent la France et l'Allemagne comme la patrie de lettres et des sciences, qu'ils honorent ainsi dans la personne de ceux qui les cultivent. Il paraît que cette urbanité règne depuis long-temps parmi les médecins anglais, car on rapporte que le célèbre Mead était autrefois cité pour sa grande hospitalité. Non content de recevoir ses amis ordinaires, il y avait chez lui une table toujours ouverte aux personnes de différentes qualités qui venaient le visiter; aussi mourut-il sans fortune malgré les immenses revenus de sa clientelle. Je ne veux nullement déprécier les qualités aimables et l'esprit d'hospitalité que nous passons pour avoir au plus haut degré; et je laisse aux étrangers qui ont voyagé en Angleterre et en France, le soin de juger chez laquelle des deux nations on trouve un accès plus facile auprès des hommes qui occupent un rang suprême dans le monde médical. S'ils prononçaient à notre désavantage, nous pourrions trouver une excuse dans le grand nombre d'étrangers qui viennent nous visiter, et auprès desquels il est par cela même moins facile de remplir les devoirs de l'hospitalité.

---

(1) Qu'il me soit permis de témoigner ici ma reconnaissance à MM. Lawrence, Wardrop, Duncan, Thompson, etc., pour l'accueil qu'ils m'ont fait, ainsi qu'à M. le docteur E. Laroche, avec qui j'ai voyagé en Angleterre.

Application de la méthode ectrotique au traitement des symptômes primitifs de la maladie vénérienne; par le docteur RATIER. (Deuxième article.)

On n'invente pas dans les sciences physiques; on observe des phénomènes, on saisit des rapports, on établit des rapprochemens, on fait des applications: telle est l'histoire de toutes les découvertes dont s'honore la médecine et dont s'applaudit l'humanité. Si l'on devait les rapporter à ceux qui, les premiers ont aperçu le fait sur lequel elle reposait, ce ne serait ni au pasteur Rabaud-Pommier, ni à Jenner qu'appartiendrait celle de la vaccine, mais bien aux pâtres qui ont vu les personnes ayant été affectées de cette maladie être exemptes de la variole. La cautérisation des retrécissemens de l'urètre, n'est-elle pas de beaucoup antérieure à Ducamp? est-ce au moine de Citeaux et au capitaine Martin que doit être attribuée la lithotritie? Il en a été absolument de même pour une méthode (1) que nous avons proposée; son origine est populaire, et il nous a été impossible de la trouver nulle part. Elle n'est pas surtout là ou prétend la retrouver un critique, qui veut la voir dans l'ouvrage de M. Richerand; et nous allons mettre sous les yeux des juges compétens le passage indiqué de la *Nosographie chirurgicale*, textuellement reproduit dans le *Dictionnaire des sciences médicales* à l'article *ulcère*. On pourra juger jusqu'à quel point notre travail a été compris, et avec

(1) Par compensation, sans doute, en nous refusant ce que nous croyons nous appartenir légitimement, on nous accorde l'honneur d'avoir créé le mot *barbare d'ectrotique;* il est de M. Bretonneau, et nous croyons qu'il en vaut un autre; il épargne une longue périphrase. Nous nous empresserions d'en adopter un meilleur si l'on voulait nous le présenter.

quelle dédaigneuse sévérité il a été apprécié. (*Journal univ.* décemb. 1827). Nous tenons cependant à le faire connaître, parce que nous sommes intimement convaincus de son utilité. M. le professeur Richerand, en parlant des ulcères vénériens, s'exprime ainsi : (*Dict. des sc. méd.* tom. LVI, page 228). « Lorsqu'à la suite d'un commerce suspect, un ulcère ou chancre siphylitique se manifeste aux parties génitales de l'homme ou de la femme, il est des praticiens qui, le regardant comme une maladie absolument locale dans son principe, en essaient la prompte cicatrisation, et l'obtiennent, en touchant sa surface avec la pierre infernale ou tout autre cathérétique. J'ai *réussi quelquefois* à *guérir* des ulcères siphylitiques (1), *sans employer le mercure,* et *sans* qu'aucun symptôme consécutif ait prouvé que la guérison *ne fût point radicale.* Mais je dois à la vérité de dire, que *bien plus souvent* encore le succès n'a été *qu'apparent,* et que peu de jours, ou même aussitôt la disparition de l'ulcère, les symptômes qui dénotaient l'affection siphylitique *générale,* tels que des maux de gorge avec ulcération des amygdales se sont manifestés. Ainsi, *sans renoncer* à cette pratique, *je joins* à la cautérisation *l'usage interne du mercure,* et l'application *locale* de plumaceaux enduits d'*onguent mercuriel double.* »

« M. G..., banquier portugais établi à Londres, était venu à Paris pendant la courte paix qui suspendit un

(1) Si nous voulions descendre à de misérables disputes de mots, nous pourrions, prenant à la lettre ce passage, n'y voir que l'expression du fait que M. Richerand a *guéri* quelquefois des chancres *sans employer* le mercure. Nous suppléons à l'omission du mot *ainsi*, et nous entendons que ce professeur a guéri des chancres *sans mercure*, et par *la cautérisation de leur surface.* Nous demandons seulement qu'on nous traite avec la bonne foi et la bienveillance que nous mettons envers les autres.

moment les querelles sanglantes de la France et de l'Angleterre. Tout entier aux jouissances qu'offre cette capitale, il en recueillit bientôt les fruits amers. Un chancre vénérien de la largeur d'une pièce de vingt sous, se forma sur le gland *en moins de quarante-huit heures*. Appelé, et bien assuré par les circonstances antécédentes, ainsi que par l'aspect de l'ulcère, de sa nature siphylitique (1), je purgeai le malade et le mis de suite à l'usage du sirop de cuisinier, dans lequel le muriate suroxygéné de mercure était dissous à la dose de six grains par pinte; il en prenait une cuillerée à bouche chaque fois dans une tasse de lait chaud, se baignait deux fois par semaine, se purgeait tous les huit jours avec six pilules de Belloste, et avalait chaque matin deux de ces pilules. Ce traitement dura six semaines; l'ulcère fut cicatrisé en huit jours. *J'y appliquai la pierre infernale à trois reprises différentes;* les duretés dont il était environné se dissipèrent vers le milieu du traitement. J'observerai, en passant, que tant qu'il reste des traces d'engorgement au-dessous des cicatrices dont se couvrent les ulcères siphylitiques, la guérison est incomplète. »

« Depuis vingt jours, tout symptôme apparent de l'affection avait disparu; le malade sentait chaque matin un goût cuivreux dans la bouche, la salive était visqueuse et plus abondante que de coutume: tout annonçait que le ptyalisme mercuriel était prêt à s'établir. Je fis cesser le remède, et je terminai par deux purgations ordinaires données à un jour d'intervalle. Depuis lors, le malade qui avait essayé à diverses époques plusieurs traitemens antisiphylitiques, jouit d'une santé parfaite. »

(1) M. Richerand aurait bien dû, dans un livre élémentaire surtout, dire quelles sont les circonstances antécédentes, et l'aspect particulier de l'ulcère, qui indiquent d'une manière si positive sa nature siphylitique.

« Je sais bien que plusieurs praticiens ont *condamné* cette méthode, voulant qu'on laisse suppurer les chancres et qu'on abandonne leur guérison au traitement interne. Mais, pourquoi laisser subsister un ulcère destructeur de nos parties, et dans lequel se forme à chaque instant le virus dont la résorption infecte toute l'économie? Les caustiques appliqués à l'ulcère vénérien primitif ne détruisent-ils point, ou au moins ne *concourent-ils* pas à affaiblir et à dénaturer le virus; et leur emploi n'est-il pas indiqué ici, *par les mêmes motifs qui le déterminent dans les plaies envenimées?* »

« Il y a cependant, entre le traitement des ulcères vénériens primitifs et celui des plaies envenimées, *cette différence considérable*, que l'application des caustiques *forme la partie essentielle* de la thérapeutique de ces plaies, tandis que *ce n'est qu'un moyen accessoire* dans la curation de ces ulcères : il faut surtout l'attendre *de l'usage du mercure.* »

Voilà dans son entier le passage où notre critique a prétendu voir la méthode ectrotique : examinons jusqu'à quel point il a raison. Pour peu qu'on fasse attention à la manière dont s'exprime M. Richerand, on reconnaîtra facilement qu'il avait à peine entrevu le rapport qui existe entre l'inoculation d'un virus et la morsure d'un animal venimeux ; que sa pratique dans ce cas n'a été ni méthodique ni rationnelle. En effet, loin de considérer qu'il ait fait *avorter* la maladie, il croit avoir besoin d'un traitement mercuriel interne et externe. Remarquons que M. Richerand pense que le mercure agit chimiquement sur le virus vénérien. (*Dict. des Sciences méd.*, tom. 56, pag. 227.) L'ulcère cautérisé lui paraît donc toujours sécréter un produit contagieux, qu'il n'oserait pas s'inoculer. Il ne sait donc ni pourquoi il a réussi, ni pourquoi il a échoué dans sa tentative. Il n'a reconnu

ni les conditions de l'époque de l'affection, puisqu'il ne dit pas un mot de la pustule initiale, qu'il ne semble pas avoir vue, de même que beaucoup d'autres auteurs, ni du mode de cautérisation indispensable pour obtenir des effets salutaires. Il n'a pas indiqué les circonstances qui contr'indiquent l'emploi de ce procédé, les précautions qu'exige son application; en un mot, il n'a point proposé une méthode régulière et certaine dans ses résultats (1). C'est ce que nous croyons avoir fait en rapprochant des observations analogues, en entreprenant des expériences propres à constater l'époque à laquelle on peut anéantir le virus inoculé et prévenir toute action ultérieure, c'est-à-dire, l'époque où l'on trouve encore la pustule (2) qui précède le chancre; en faisant connaître la manière de pratiquer la cautérisation, circonstance tellement importante qu'elle décide de la réussite; enfin, en indiquant les précautions qu'elle exige pour être efficace, et les conditions dans lesquelles on ne doit pas la tenter. Nous attendons qu'on veuille nous indiquer quel-

(1) Nous pourrions ajouter que l'observation de M. Richerand est présentée de la manière la plus vague. Nous avons vu beaucoup d'ulcères vénériens, nous en avons beaucoup mesuré, et il ne s'en est jamais montré à nous qui, développés en *quarante-huit heures*, eussent atteint la largeur d'une pièce de vingt sous (dix lignes de diamètre), et qui se soient cicatrisés en huit jours, même en employant la cautérisation. L'auteur se borne à dire, sans autre détail, qu'il appliqua *la pierre infernale à trois reprises différentes.*

(2) Cette pustule qui précède les chancres, paraît n'avoir jamais été observée par le plus grand nombre des auteurs; il est vrai qu'elle est promptement rompue. Mais il est également vrai qu'elle existe constamment, et qu'on aura plus souvent occasion de la voir, si la connaissance de la méthode ectrotique se répand. Il est cependant une circonstance où la pustule ne se montre pas; c'est quand l'inoculation se fait par une excoriation ou une déchirure. L'intégrité de l'épithélium est une condition indispensable à son développement.

qu'autre auteur qui ait exécuté ce travail, puisqu'il est évident que M. Richerand ne l'a pas fait. Mais vint-on à trouver tout cela, exprimé d'une manière aussi claire et aussi précise que cela est obscur et douteux dans le passage que nous venons de citer, et n'eussions-nous fait que rappeler l'attention des médecins sur une méthode inconnue aux uns, abandonnée des autres, et mal appréciée de tous; qu'en montrer les avantages immenses; qu'en régulariser l'emploi et en assurer le succès, nous croirions encore avoir servi la science et l'humanité.

Parmi les observations à l'appui que nous allons rapporter, nous placerons d'abord celle qu'a bien voulu nous communiquer le docteur Réveillé-Parise. Elle est d'autant plus curieuse, qu'il y est question d'un homme étranger à l'art de guérir, qui ayant eu connaissance de la possibilité de faire avorter les chancres vénériens par la cautérisation, en fit de nombreux et utiles essais sur lui-même.

Obs. I.re — « M....., employé supérieur d'une administration, est âgé de soixante ans environ. Jouissant d'une fortune assez considérable, il s'est livré de bonne heure à toute espèce d'excès, mais principalement aux femmes, et fut atteint dans sa jeunesse de plusieurs maladies vénériennes dont il fut traité assez méthodiquement. Ayant appris, je ne sais comment, qu'en cautérisant, de bonne heure, les chancres vénériens, la maladie se bornait au lieu affecté, il se munit d'un morceau de nitrate d'argent; et chaque fois qu'après s'être exposé (ce qui arrivait souvent), il survenait *quelque chose que ce soit*, selon son expression, sur le gland ou le prépuce, il appliquait immédiatement le caustique. Il assure que depuis cette époque, il ne s'est jamais trouvé dans l'obligation de faire un traitement général; il jouit d'une bonne santé, et ne présente aucune trace d'affection vénérienne. J'ai examiné avec soin le prépuce, le gland

et sa couronne, et je les ai trouvés couverts d'une grande quantité de petites cicatrices, suite probable des ulcérations produites par le moyen dont il est question. »

Obs. II.e — Le père du docteur Gaultier de Claubry avait vu un malade qui, ayant eu connaissance de la possibilité de faire avorter la maladie vénérienne par la cautérisation, avait employé avec succès cette méthode, un nombre de fois d'autant plus considérable qu'il s'exposait presqu'habituellement et sans précaution à la contagion. Cet homme jouissait de la meilleure santé.

Obs. III.e — Une observation du même genre vient de m'être communiquée par M. Delestre, jeune médecin plein d'instruction et de zèle, qui m'en a fait voir le sujet. M....., âgé de 24 ans, jouissant d'une assez grande fortune, et menant une vie assez dissipée, voyait fréquemment des femmes, et apportait peu de choix dans ses relations. Plusieurs affections vénériennes avaient été le fruit de sa conduite, lorsqu'en 1823, ayant appris qu'on pouvait guérir promptement les chancres en les cautérisant dès leur début, il se mit à faire sur lui-même l'application de cette connaissance dans un cas où, cinq jours après un coït suspect, il s'était développé sur le prépuce et sur le gland des pustules dont il nous a fort bien décrit la forme. La cautérisation eut un plein succès, et M...., depuis lors, n'a pas éprouvé le moindre accident consécutif, et jouit de la plus brillante santé. A plusieurs reprises il usa du même moyen comme le sujet de la première observation, et toujours avec avantage. Les cicatrices nombreuses du prépuce et du gland attestent le fréquent emploi des caustiques. Lorsque M.... se cautérise, il ne change rien à son régime habituel, qui est fort excitant.

Nous pourrions rapporter un grand nombre de faits du même genre qui nous ont été racontés par des malades soumis à notre observation à l'hôpital des Vénériens; plu-

sieurs d'entre eux, étant soldats ou marins, ont employé la méthode ectrotique; quelques filles publiques sont instruites de ce procédé, et l'employent entre elles, à ce que m'a dit M. Delestre (1). Nous en avons vu chez lesquels un succès complet eut lieu la première fois, et qui échouèrent à la seconde. Il est résulté pour nous, de l'examen analytique de ces faits, que le défaut de réussite a dépendu de ce que la cautérisation avait été pratiquée trop tard ou d'une manière inexacte. Il arrive souvent, en effet, chez les gens du peuple, que les applications de caustique faites sans mesure, peuvent n'atteindre qu'une partie de la surface malade, et produire un désordre plus ou moins considérable dans les parties saines. Nous l'avons observé plusieurs fois. Tout récemment un homme s'est présenté à M. Cullerier, qui nous a communiqué le fait, ayant plusieurs ulcères creux à surface grisâtre et couenneuse; ils étaient le résultat de l'application peu méthodique de l'alun calciné dont le malade avait saupoudre un petit ulcère développé sur le prépuce. M. Cullerier ne croit pas cependant que ces ulcères fussent vénériens.

On contestera peut-être que les affections que le sujet de la première observation faisait avorter par de promptes cautérisations fussent vénériennes. On sera cependant porté à croire qu'il y en eut au moins quelques-unes de ce genre dans le nombre; puisque, comme le dit M. Réveillé-Parise, l'individu s'exposait fréquemment à la contagion, et voyait souvent des filles publiques. La pratique de cautériser était empirique chez lui; cependant

(1) Nous n'en avons vu aucun chez qui cette cautérisation eût été pratiquée par des médecins. Chez tous elle a été faite ou par les malades eux-mêmes, ou par des camarades. Les agens les plus ordinaires ont été la potasse, la cendre de pipe, les sulfates de fer et de cuivre. Ils ont tantôt réussi, tantôt échoué, parce qu'ils ne savaient pas le moyen d'obtenir des résultats constans.

elle lui réussit constamment, parce qu'il agissait dès la première apparence de travail local. Il en fut de même des sujets des deux observations suivantes. Nous allons voir un fait dans lequel l'administration de ce moyen fut rationnelle, méthodique, et couronnée du plus entier succès.

(1). *Obs.* IV.ᵉ — M. D., un soir qu'il sortait d'un dîner copieux, a commerce avec une femme publique. Le soir du quatrième jour après le coït, il sent une chaleur insolite, une sorte de prurit incommode à la base du gland; la nuit, cette sensation prend une plus grande intensité. Levé de grand matin, M. D. qui, la veille, avait cru apercevoir quelques vésicules miliaires sur la face interne du prépuce près la base du gland, en découvre en effet douze, dont la grosseur varie depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'une très-petite lentille, rangées sur une seule ligne près de l'endroit où la membrane muqueuse prépuciale se replie pour aller recouvrir le gland. Ces vésicules sont formées par l'épithélium très-mince de la membrane muqueuse, que soulève un liquide transparent, d'un jaune très-clair. M. D. frotte assez rudement ces vésicules avec un linge pour en opérer le déchirement, puis il se rend chez moi deux heures après son lever, et quatorze après la première sensation de cuisson.

Le gland mis à découvert je trouve neuf vésicules déchirées et vidées du fluide qu'elles renfermaient, encore couvertes, en partie, par des lambeaux de l'épithélium; sur les bords de la solution de continuité je découvre quelques stries sanguinolentes. Trois vésicules sont intactes, et contiennent un liquide transparent. Deux sont

(1) Nous devons cette observation à la complaisance de M. le docteur Gaultier de Claubry, auquel le malade dont il est question s'est présenté, peu de jours après que nous lui avions fait part de notre travail, qu'il avait jugé digne de quelque attention.

de la grosseur d'un fort grain de millet, la troisième est beaucoup plus volumineuse.

Avec la pointe d'une aiguille à cataracte j'ouvre ces trois vésicules; il s'en échappe autant de gouttelettes d'un fluide limpide et d'un jaune clair. A l'aide d'un linge fin j'essuie exactement les surfaces mises à nu et les neuf autres que M. D. a dépouillées lui-même de leur épithélium. Alors, armé d'un morceau de nitrate d'argent taillé en pointe, je cautérise scrupuleusement toutes ces surfaces. L'une d'elles, la plus large, profondément excoriée, est cautérisée plus fortement. Après avoir abstergé avec soin toutes les parcelles de nitrate d'argent qui pouvaient être restées à la surface des escarrhes, je ramène le prépuce sur le gland. Quelques bains locaux et des injections d'eau de mauve et de lait tiède ont été les seuls moyens mis en usage. M. D. s'est astreint pendant douze jours à un régime des plus sévère; une demi-livre de pain, une livre de raisin frais et une pinte de limonade.

Au quatrième, au cinquième et au septième jour, les escarrhes se sont détachées. Celles des trois pustules que j'avais ouvertes, laissaient à leur place des ulcérations superficielles qui, *quatre jours* après, étaient guéries; les autres ulcérations, un peu plus étendues et plus profondes, mais d'un aspect fort simple, ont un peu suppuré, puis se sont guéries sous l'influence des seuls moyens ci-dessus indiqués. *Au quatorzième jour*, toute trace d'ulcération avait complètement disparu; les surfaces cautérisées ne conservaient aucune rougeur ou dureté morbide. M. D. a été rendu graduellement à son régime ordinaire. Sa guérison paraissait complète : elle ne s'est pas démentie depuis deux mois (1.er décembre.)

Il n'est pas douteux que les pustules survenues chez M. D...., quatre jours après un coït suspect, c'est-à-dire, dans le délai le plus ordinaire de l'incubation du virus vénérien, n'eussent déterminé des chancres, qui, à raison

de leur nombre, eussent été accompagnés d'accidens plus ou moins graves, tels que phimosis, paraphimosis, engorgemens des ganglions inguinaux, abcès fistuleux, pustules, végétations, etc. (1) Un traitement long eût été nécessaire pour en obtenir la guérison; assurément il eût fallu plus de quatorze jours. Si l'on eût employé le mercure, il eût couru la chance de la salivation ou de la gastro-entérite; enfin, il eut encore eu celle des accidens consécutifs. Le traitement employé par M. Gaultier de Claubry l'a mis à l'abri de tous ces incidens fâcheux.

Obs. V.e — M...., âgé de 22 ans, à la suite d'un commerce suspect, vit survenir au bout de huit jours, sur le côté gauche du prépuce, à la face interne, une pustule. Ayant eu connaissance de nos recherches, il se fit cautériser par un de ses amis, étudiant en médecine comme lui. La petite escarrhe, suite de l'application du caustique, se détacha le second jour; une légère hémorrhagie eut lieu par la petite plaie qui se cicatrisa sans laisser la moindre saillie après avoir suppuré pendant huit jours. Depuis le mois de juillet 1827 qu'eut lieu cette opération, M.... n'a pas laissé de jouir d'une santé parfaite.

Obs. VI.e — Une femme de 24 ans, ayant eu plusieurs amans, mais n'ayant jamais eu d'affection vénérienne, s'abandonne pour la première fois à un homme sur la santé duquel elle avait quelques doutes. Quatre jours après, poursuivie par l'inquiétude, et ayant éprouvé aux parties génitales de la chaleur et de la cuisson, elle se présenta à nous. L'examen des parties génitales fit décou-

---

(1) Un malade dont nous avons recueilli l'histoire a présenté douze chancres à la base du gland et sur le prépuce ; il a eu un bubon qui a suppuré. La maladie chez lui a duré soixante jours. Un autre individu qui en avait neuf, a été malade soixante-dix jours, et a également eu un bubon qui s'est ouvert. Un troisième qui en avait huit, fut malade pendant quatre-vingt-quatorze jours ; il eut des végétations.

vrir sur la face interne de la petite lèvre droite, à l'entrée du vagin, une rougeur saillante, au sommet de laquelle se voyaient les débris d'une vésicule qui avait été déchirée le matin même. Nous pratiquâmes alors la cautérisation avec les précautions convenables, sans cependant compter sur le succès, à raison de la rupture de la pustule. Nous fîmes part à la malade de notre opinion, en l'engageant à surveiller sa santé. La cicatrisation eut lieu en six jours, et la guérison ne s'est pas démentie depuis six mois.

Obs. VII.e — Un jeune homme de vingt-cinq ans a commerce le premier septembre au soir, avec une femme suspecte. Dans la journée du 3, il sent de la chaleur à la base du gland, et le 4 au matin il se présente à la consultation publique de l'hôpital des Vénériens. On voyait alors en arrière du bourrelet circulaire que forme le gland, deux pustules formées d'une base dure et rouge, et surmontée d'une vésicule de la grosseur d'un grain de millet. M. Cullerier voulut bien nous permettre de la cautériser; nous ouvrîmes les deux vésicules, et après avoir essuyé le liquide séreux qu'elles contenaient, nous en cautérisâmes la base avec le nitrate d'argent fondu, le tenant appliqué l'espace de cinq à six secondes, en ayant soin de le promener sur toutes les parties affectées. Un peu de charpie fut placée sur les endroits cautérisés pour garantir les parties voisines de l'action du caustique. Nous recommandâmes au malade le repos, le régime, et quelques bains généraux. Il exécuta d'autant mieux cette prescription, que, sur le point de se marier, il sentait la nécessité d'une guérison solide. Le malade revint les jours suivans; aucune autre pustule ne s'était développée. Le 6, les deux petites escarrhes se détachèrent, et laissèrent à découvert deux ulcérations superficielles, arrondies, rosées, peu suppurantes, et sans douleur.

Prenant alors avec la pointe d'une lancette du pus sur

ces ulcérations, nous l'inoculâmes sur la membrane muqueuse du prépuce, par deux piqûres. Le 9, les ulcérations étaient dans le même état; il n'y avait aucun travail aux piqûres. Le 13, la cicatrisation est presque complète; nous prenons encore du pus avec lequel nous faisons de nouvelles piqûres; nous passons ensuite la pierre sur les ulcérations, qui furent guéries le lendemain sans qu'il restât la moindre trace d'engorgement; une rougeur légère signalait seule l'endroit qu'avaient occupé les pustules. La seconde inoculation resta sans résultat comme la première.

La santé de cet homme, que nous avons revu depuis, ne s'est pas altérée, et il est permis de croire que sa guérison sera durable. Par un excès de scrupule, nous l'avons engagé à différer son mariage. Le fait suivant prouvera qu'il pouvait le contracter sans danger pour la personne à laquelle il doit s'allier, d'une manière plus positive encore que les deux expériences dont il a été le sujet.

Quoi qu'il en soit, il résulte pour nous de cette observation, que l'affection produite par l'inoculation syphilitique a été détruite par la cautérisation, puisque le pus sécrété à la surface des ulcérations ne s'est montré pourvu d'aucune propriété virulente (1). Dans ce cas, comme

---

(1) Quelques personnes prétendent que l'on ne peut inoculer la syphilis que par le coït, ou du moins les parties étant en érection. On peut leur répondre que les inoculations syphilitiques au moyen de la lancette ne sont pas rares, et pour ne parler que des faits récens, nous citerons les expériences faites sur le docteur Luna Calderon, par les commissaires du Cercle médical; celles de trois élèves de l'hôpital des Vénériens; enfin celle faite tout dernièrement par M. Cullerier, et dont nous donnerons ailleurs les détails. Il y a du reste une manière facile d'éprouver cette opinion, c'est de se soumettre à l'inoculation : nous pro-

dans les deux précédens, l'individu a échappé à une maladie longue et pouvant avoir des conséquences graves tant pour lui que pour sa femme et ses enfans, ainsi qu'à un traitement qui est loin d'être toujours innocent, au moyen d'une petite opération des plus simples, et qui est exempte de tout danger. L'observation suivante, que nous devons encore à M. Delestre, est intéressante sous un triple rapport, en ce qu'elle présente, 1.° un cas d'affection antérieure traitée et guérie sans mercure; 2.° un succès obtenu par la méthode ectrotique; 3.° une preuve remarquable de l'innocuité du pus sécrété par la surface cautérisée.

Obs. VII.e — « Laf..., âgé de 22 ans, eut, au mois d'avril 1827, une blennorrhagie, avec un grand nombre de chancres, tant sur le prépuce que sur le gland, qui ont nécessité la résection du frein. A ces accidens, qui se présentèrent sous une forme assez grave, s'est joint un engorgement des ganglions inguinaux du côté droit. Le tout s'est dissipé complètement au moyen d'un traitement antiphlogistique simple.

» Le 2 novembre dernier, à la suite d'un repas, il eut commerce avec une fille publique. Deux jours après, il ressentit à la verge une chaleur brûlante et des picotemens incommodes qui lui donnèrent de vives inquiétudes en lui faisant penser qu'il avait contracté la maladie vénérienne. Il vint le 4 novembre me faire part de ce qu'il ressentait et des craintes qu'il avait conçues. J'examinai la verge, et je trouvai que le gland était très-rouge, ainsi

---

posons aux incrédules de les inoculer, et de leur donner aux chancres. Nous, par exemple, qui ne considérons pas le pus des ulcères scrofuleux comme contagieux, nous nous laisserons inoculer avec ce pus, quand on voudra, comme on voudra, et autant qu'on voudra. Que nos adversaires en fassent autant.

que la membrane muqueuse du prépuce. J'apportai beaucoup de soin à cette investigation, et je découvris à la partie interne du prépuce, vers la moitié, un peu à gauche, deux vésicules ovoïdes et transparentes, dont l'une avait une ligne et demie de diamètre, et l'autre était un peu plus petite. Je proposai au malade d'employer la méthode ectrotique, dont je lui expliquai le mode d'action, et il s'y soumit sans peine.

» J'excisai donc le sommet de ces vésicules et après avoir abstergé le liquide qui s'en écoula, je cautérisai la surface dénudée avec un morceau de nitrate d'argent taillé en pointe. Je mis ensuite dessus un petit plumasseau de charpie, pour garantir le gland du contact du caustique. J'engageai le malade à suivre un régime sévère, à s'abstenir de toute espèce de stimulans, et à s'observer soigneusement pour savoir s'il ne surviendrait pas de nouvelles vésicules. Il vint me revoir le 7; les escarrhes étaient tombées; les ulcérations avaient un très-bon aspect, et ne faisaient ressentir aucune douleur. Il les tenait couvertes d'un plumasseau de charpie. »

» Le 7 au soir, ce jeune homme fut voir une femme avec laquelle il avait des rapports habituels; elle se plaignit de ne pas l'avoir vu depuis quelques jours, lui fit des reproches, et le retint chez elle malgré lui. Ne pouvant avouer l'état dans lequel il se trouvait, et entraîné par les circonstances, il la vit trois fois dans la nuit, mais avec douleur à cause des ulcérations. Ce ne fut que plus tard qu'il me fit la confidence de ce fait, et lorsque l'évènement eut en quelque sorte justifié sa grave imprudence. »

» Le 13, six jours après, Laf... se présente de nouveau à mon examen, en venant me remercier des soins que je luis avais donnés, et en se félicitant de leur succès. Le prépuce ne présentait plus que de légères rougeurs sans gonflement et sans dureté. Il m'avoua que malgré mon

ordonnance, il ne s'était imposé aucune privation, parce qu'il avait éprouvé que les excitans n'avaient ni augmenté la douleur ni entravé la guérison qui a été très-prompte. »

» On voit dans cette observation, ajoute M. Delestre; 1.° Que le malade était d'autant plus apte à contracter la contagion que les parties qui avaient été le siège d'une affection grave, jouissaient encore d'une grande sensibilité; 2.° qu'il pouvait infecter la femme qu'il vit, avec d'autant plus de facilité que, le frein n'existant plus, le gland se trouvait totalement à découvert ainsi que le prépuce, et que par conséquent, il pouvait y avoir un contact parfait. Assurément une femme qui aurait eu commerce avec un homme affecté de chancres vénériens, n'aurait pas échappé à l'infection après un coït réitéré trois fois dans la nuit. Cependant depuis *plus de cinquante jours* cette femme n'a pas éprouvé le moindre accident. »

« Je suis tellement convaincu de la possibilité d'empêcher l'infection par une cautérisation pratiquée à temps, que j'offre quand on voudra de m'inoculer, non seulement le pus pris à la surface d'une plaie consécutive à la cautérisation d'une vésicule vénérienne, mais même celui d'un chancre évidemment vénérien : certain que je suis de pouvoir faire avorter la maladie à volonté. »

Telles sont les recherches et les tentatives sur lesquelles repose notre opinion relativement à la méthode ectrotique appliquée aux chancres vénériens, mais ce qui la confirme dans notre esprit, et ce qui doit lui donner quelque faveur auprès des médecins, c'est le jugement qu'en porte le savant et modeste docteur Ribes, qui, l'ayant expérimentée, est arrivé à des résultats parfaitement analogues aux nôtres, sans que nous ayons jamais eu la moindre relation ensemble. Cette identité, que nous considérons comme bien honorable pour nous, est une garantie que nous ne nous sommes pas laissé égarer par des idées théori-

ques, et que la méthode ectrotique mérite de prendre place parmi celles qu'avoue la saine physiologie (1). Cependant une notable différence se remarque entre sa manière de voir et la nôtre. Il croit en effet que la cautérisation des chancres *récens* peut amener la guérison parfaite; nous pensons au contraire que le succès n'est certain que quand on peut attaquer la pustule intacte. On voit d'après cela que nous n'avons pas été au-delà des faits.

Le travail de M. Ribes (Revue médicale, nov. 1827, p. 234), qui offre en outre les idées les plus judicieuses sur la maladie vénérienne en général, présente des considérations pleines d'intérêt sur la cautérisation des chancres; nous ne croyons pas pouvoir faire mieux que de les rapporter, elles sont les preuves les plus puissantes à l'appui de notre idée. Après avoir établi; 1.° que le chancre est d'abord une affection locale; 2.° qu'il devient plus tard un foyer d'infection générale lorsqu'il est abandonné à lui-même; 3.° qu'on peut en détruisant le chancre, s'opposer à la production ultérieure et à l'absorption du virus;

(1) M. Ribes d'ailleurs ne prétend point à la priorité ainsi qu'il le dit lui-même. «.... Je vais faire l'extrait le plus court possible des bases de mon travail sur les chancres vénériens, non pour prétendre à l'antériorité, mais pour répondre à l'appel de M. le docteur Ratier, qui invite les médecins à faire des essais, et à communiquer les observations qu'ils pourront faire à cet égard.» De notre part, nous nous plaisons à reconnaître que M. Ribes a fait beaucoup pour la science, et nous nous félicitons d'avoir, par notre travail, provoqué la publication du sien dont il ne paraissait pas se disposer à faire jouir le public. Il est d'ailleurs facile de se convaincre par la comparaison, que nos travaux, quoique ayant de nombreux rapports, ont cette différence essentielle, que M. Ribes considère la cautérisation comme un moyen d'abréger la durée du chancre vénérien, tandis que nous la présentons comme propre à prévenir le développement de la maladie, à la faire avorter, en un mot.

M. Ribes ajoute, » je conclus de tout ce que je viens de dire, qu'on doit brûler ou exciser les chancres, *surtout lorsqu'ils sont récemment contractés*, le succès de ces moyens contre la morsure de la vipère, des chiens enragés et les piqures faites avec des instrumens imprégnés du virus quelconque serait une raison suffisante pour en faire l'emploi, si l'expérience n'avait rigoureusement prononcé en leur faveur, et si le raisonnement n'en démontrait la nécessité d'une manière positive. »

» En effet, si on brûle un chancre pendant que le virus est encore local, ou que l'impulsion vénérienne n'est pas encore communiquée aux solides, que cette impulsion est en quelque sorte concentrée autour de l'ulcère, tout est *fini*. J'ai vu des bubons commençans disparaître après qu'un chancre avait été brûlé, soit parce que le bubon n'était déterminé que par une simple irritation produite par le chancre, ou bien parce qu'il a pour ainsi dire rappelé le virus par une sorte de mouvement dérivatif. »

» J'ai brûlé des chancres chez des personnes qui avaient des bubons déjà un peu anciens, et après la cautérisation des chancres, ces bubons sont restés stationnaires pendant un certain temps, et ont paru même diminuer un peu....... »

» Il serait prudent encore de brûler ou d'extirper un chancre, lors-même que le virus aurait été absorbé par les autres pores de la surface du gland qui n'ont pas été ulcérés..... »

» Il est évident pour moi qu'il faut brûler, ou si on l'aime mieux exciser ou extirper le chancre surtout lorsqu'il est le premier et le seul symptôme de la maladie vénérienne; par ce moyen on ne trouble pas l'action des solides, on leur laisse toute leur force, et à la nature la facilité d'expulser le virus qui reste dans les humeurs; on emploie le mercure plus tard si le cas l'exige. »

» On me dira peut-être, pourquoi laisser le malade incertain s'il sera ou ne sera pas affecté *vénériennement* après la brûlure du chancre? Ne vaudrait-il pas mieux laisser exister le chancre, qui ne manquera pas bientôt de déterminer la commotion vénérienne, ou d'infecter les solides par l'absorption du virus sécrété à sa surface, et qui sera peu de temps après confondu avec le virus introduit dans les humeurs, et qui n'est pas le produit du chancre? Dans cet état le mercure ne peut-il pas être employé avec un succès presque certain et le malade délivré de la vérole et de toute inquiétude? »

» Je ne suis point de cet avis : le traitement mercuriel n'est point une chose indifférente pour la santé de l'individu; *il ne doit être que le pis-aller*, et si l'on peut guérir le malade par une simple application de pierre infernale, ce moyen me paraît plus simple et préférable à tout autre. Si plus tard, de nouveaux symptômes prouvent que la maladie n'est pas locale, on emploie le mercure. Ce retard n'a rien fait perdre au malade; le traitement reste toujours le même et la personne a couru la chance de n'être pas obligée d'en venir à l'emploi de ce moyen extrême. Je pense d'ailleurs qu'on devrait brûler un chancre lors même qu'on serait décidé à soumettre le malade à l'usage du mercure par la raison que j'ai indiquée plus haut, malgré les objections que l'on m'a faites et que voici : on m'a dit; 1.° qu'il était dangereux de brûler un chancre à cause de la répercussion du virus à laquelle cette cautérisation donnait lieu; 2.° qu'un chancre brûlé aux parties génitales déterminait des chancres à la gorge; 3.° qu'il fallait regarder le chancre comme un exutoire par lequel le virus devait s'écouler; 4.° que la durée du chancre enfin donnait la mesure de la quantité du mercure que l'on devait employer pour guérir la vérole, et qu'en faisant disparaître cet ulcère, il n'y avait plus que de l'incertitude dans la durée du traitement. »

» J'avoue que ces objections me paraissent si faibles et si peu fondées que je ne me donnerais pas la peine d'y répondre, si elles ne m'avaient été faites par des hommes dont les opinions sont d'un grand poids en médecine et en physiologie. »

M. Ribes discute ensuite assez longuement, et réfute tout-à-fait les objections faites à cette méthode, dont les avantages lui paraissent évidens, puis il résume ainsi son travail :

» 1.° Les abondantes suppurations auxquelles les chancres donnent lieu, rendent ce mal dégoûtant; elles exigent le plus grand soin et la plus grande propreté de la part du malade. La cautérisation met, sans inconvénient, fin à l'ulcère et à cette désagréable incommodité;

2.° La douleur qui accompagne le chancre peut être légère et n'incommoder qu'un peu le malade; mais quelquefois elle est insupportable et le met dans la presqu'impossibilité d'exécuter aucun mouvement. La cautérisation en guérissant le chancre fait cesser la douleur comme par enchantement;

» 3.° L'homme communique rarement les chancres; parce que la crainte de la douleur l'empêche d'avoir commerce avec les femmes; mais il n'en est pas de même lorsque les chancres sont petits, peu sensibles. En les cautérisant, on empêche l'individu de propager la vérole (1). »

» 4.° Le chancre est un foyer d'infection vénérienne, du moins je crois l'avoir prouvé; la cautérisation est le meilleur et le plus prompt moyen pour détruire ce foyer; »

» 5.° Les chancres que l'on n'a pas soin de brûler

(1) M. Ribes aurait dû ajouter la perforation du canal de l'urètre, accident assez commun surtout lorsque les chancres occupent le frein.

promptement, peuvent donner lieu à de nouvelles maladies qui sont toujours douloureuses, désagréables, et qui peuvent devenir dangereuses; tels sont le phymosis, le paraphymosis (1), que l'on préviendra toujours, si on a soin de détruire de bonne heure l'ulcère par la cautérisation ; »

» 6.° En brûlant les chancres on prévient le cancer, et la perte d'une étendue plus ou moins considérable de la partie sur laquelle il siège : les exemples de la destruction d'une portion du gland ou de la verge, sont trop communs pour que je croie devoir insister davantage sur ce sujet; »

» 7.° Par la cautérisation de ces ulcères on court la chance de guérir sans être forcé de subir un traitement mercuriel. »

Nous avons peu de choses à ajouter à l'extrait du travail de M. Ribes; s'il est vrai que la cautérisation pratiquée sur les chancres récens puisse en amener la guérison en détruisant la maladie encore locale, à plus forte raison est-il permis de penser qu'en cautérisant la pustule qui la précède on fait avorter la maladie, on soustrait le sujet aux chances nombreuses et graves de l'infection générale et de toutes ses conséquences, et on se met à coup sûr dans la position de n'avoir besoin d'aucun traitement mercuriel ou autre, puisqu'il est inutile de traiter un virus qui n'existe pas. Nous nous croyons suffisamment autorisé à penser que la plaie qui succède à la cautérisation de la

(1) Cette considération importante ne pouvait pas échapper à M. Ribes. Il pense, comme nous, que la cautérisation est un moyen puissant de borner les ravages de la maladie. Si l'on est parvenu à la restreindre déjà beaucoup par la surveillance sanitaire sur les filles publiques, n'est-il pas permis d'espérer de ce nouveau moyen les plus heureux résultats?

pustule, est une plaie simple et qui ne réclame pas d'autres soins que les plaies simples en général.

M. le docteur Deleau, chirurgien aide-major, nous communique la note suivante sur le premier travail de M. Ratier :

M. Ratier, dans un mémoire ayant pour titre, *Application de la méthode ectrotique au traitement des symptômes primitifs de la maladie vénérienne*, en appelle aux chirurgiens des corps, pour appuyer, par des expériences, l'efficacité du traitement qu'il propose.

Si, comme il le démontre, la saine physiologie repoussait cette méthode, elle serait en contradiction avec l'expérience ; car je suis persuadé qu'il y a peu de chirurgiens dans l'armée qui n'aient été témoins de l'efficacité de la cautérisation au début des symptômes primitifs de la syphilis. C'est surtout en campagne, et c'est là que je l'ai vu, que les militaires, même sans consulter les officiers de santé de leurs corps, employent ce moyen prompt et souvent sans danger. Je dis sans danger, parce que leurs mains inhabiles croyent avoir tout fait en appliquant le caustique ; parce que, plus souvent encore, la maladie est trop ancienne pour céder à cette médication. Cependant, au milieu de toutes les chances d'insuccès qui les environnent, j'ai vu, non sans étonnement, ces individus se délivrer de la sorte d'ulcères déjà formés.

Ces expériences et le raisonnement m'ont engagé à suivre cette méthode expéditive ; et, je puis le prouver par des observations, j'ai réussi. Cependant je l'avouerai, plusieurs fois ce traitement n'a fait que retarder la marche de la maladie, et à la chute de l'escarre, j'ai eu à traiter une plaie offrant tous les caractères assignés aux ulcères syphilitiques. Est-ce à l'idiosyncrasie du malade, ou à

6..

l'ancienneté de la maladie qu'on doit attribuer cette non réussite? On peut en juger par les deux observations suivantes.

M..., d'un tempérament nerveux, à la suite d'un coït impur, vient me consulter le lendemain. A l'inspection, j'aperçois près de la racine du gland une légère écorchure et propose la cautérisation. Nous entrions en Espagne; le malade craignait de rester à l'hôpital; il accepte. J'applique le nitrate d'argent qui lui fit éprouver une légère douleur. Pendant la nuit, irritation de la partie cautérisée, érections fréquentes. Il prend un bain général qui ne calme aucun des symptômes. Apparition des bubons aux aines... Tout cet appareil formidable céda à un traitement antiphlogistique. Cet officier est encore au régiment et jouit d'une bonne santé depuis 4 ans.

M...., sanguin, bilieux, vient me consulter dans un de nos cantonnemens en Espagne, pour plusieurs petits ulcères du gland, de la grandeur d'une lentille, qu'il portait depuis trois ou quatre jours, m'assura-t-il. Je les cautérisai tous soigneusement avec le nitrate d'argent. Guérison radicale en quelques jours; il est officier au régiment, et nul symptôme consécutif n'a paru depuis quatre ans.

A quoi peut-on attribuer la différence de résultat dans ces deux observations? Est-ce à l'irritabilité du premier sujet? Je le pense d'autant plus fermement, que chez le second, les ulcères dataient déjà de 4 jours, et par cela seul offraient moins de chances de succès.

Certes plusieurs observations pareilles me seraient faciles; mais elles n'offriraient aucun intérêt nouveau, puisque je ne pourrais rapporter que les mêmes faits et le même résultat. On peut donc tirer cette conclusion, qui, j'en suis certain, sera bientôt mise hors de doute par des faits nombreux, que la méthode ectrotique offre beaucoup de chances de succès et aucun danger pour le malade.

Sur les moyens de constater la présence de l'antimoine, du cuivre et du plomb, dans un mélange de divers liquides; par M. ORFILA.

Le dernier numéro des *Archives* générales de Médecine contient un mémoire du docteur Edward *Turner*, intitulé : *Sur les moyens de constater la présence de l'antimoine dans un mélange de divers liquides.* L'auteur déclare dans ce travail, que dans le cours de ses essais, il a pu se convaincre du peu de confiance que méritent les moyens décrits dans les meilleurs traités de Toxicologie pour découvrir l'antimoine, et il dit avoir réussi à leur donner un plus grand degré de certitude. On doit nécessairement s'attendre, après une pareille assertion, à trouver dans le mémoire de M. Turner, des procédés nouveaux, entièrement différens de ceux qui avaient été proposés jusqu'à lui, et surtout une réfutation victorieuse des moyens employés par ceux des toxicologistes qui ont écrit avant lui : or, nous allons voir qu'[illegible] ainsi, et que tout en admettant l'exactitud[illegible]é de M. Turner, il sera aisé de le convaincre que c'est à notre Toxicologie qu'il a emprunté la moitié de ce procédé, et que l'autre moitié, celle qu'il blâme d'une manière toute spéciale, n'est pas aussi défectueuse qu'il veut bien le dire.

On peut réduire aux trois propositions suivantes, les faits contenus dans le travail du docteur Turner; 1.° de tous les réactifs indiqués par les Toxicologistes pour constater la présence du tartre émétique, l'acide hydrosulfurique est le seul qui soit assez sensible et dont les indications soient bien précises; les autres réactifs pris à part,

ne prouvent en aucune manière la présence du tartre stibié, quoique lorsque les indications qu'ils fournissent s'accordent entre elles, il ne soit pas vraisemblable qu'ils puissent conduire à des conclusions erronées.

Or, voici ce que j'ai dit dans la dernière édition de ma Toxicologie générale, publiée long-temps avant le mémoire de M. Turner, « L'acide hydrosulfurique précipite la dissolution d'émétique en jaune orangé et en rouge brun foncé, si on en met un grand excès; ce réactif est *excessivement* sensible » (Tome I.er, page 464) : et plus loin « Si le tartre stibié avait été mêlé au vin ou à d'autres liquides colorés, et qu'il fût impossible d'en démontrer l'existence, en ayant égard aux précipités fournis par les réactifs, on verserait dans le mélange un excès *d'acide hydrosulfurique*, qui donnerait sur-le-champ un précipité dans lequel se trouverait tout l'oxyde d'antimoine de l'émétique, et l'acide hydro-sulfurique employé, etc. » (Page 482 du même tome.) Il résulte évidemment de cette citation, que cette partie du procédé n'appartient pas à M. Turner.

2.° On doit mêler au fluide qui est supposé contenir du tartre émétique, un [illegible]s d'acide hydrochlorique et d'acide tartarique, le faire bouillir pendant quinze minutes pour séparer une substance coagulable par la chaleur, le laisser refroidir et le filtrer, le soumettre alors à l'action de l'acide hydrosulfurique, puis le porter à l'ébullition pour dégager le gaz en excès, après quoi le sulfure se précipite si le liquide contenait du tartrate de potasse et d'antimoine. Cette partie du procédé est basée, d'après M. Turner, d'une part, sur ce que les précipités que les fluides animaux ou végétaux peuvent occasioner dans une dissolution d'émétique, sont tous dissous par l'acide tartarique; et, d'autre part, sur

ce que l'acide hydrochlorique coagule la matière animale qui était dissoute, et qui pouvait empêcher l'action de l'acide hydrosulfurique ; en un mot, M. Turner veut que la liqueur sur laquelle agira l'acide hydrosulfurique, renferme le précipité d'antimoine qui aurait pu se former, et ne contienne pas sensiblement de matière animale.

Je suis loin de blâmer cette partie du procédé ; je la crois même utile dans certains cas; mais il est évident qu'il n'est pas nécessaire d'y avoir toujours recours, comme le prescrit l'auteur; en effet, ne savons-nous pas que l'émétique mêlé, en certaines proportions, à du thé, à du vin rouge, à de l'albumine, à de la gélatine, etc., peut être *facilement* précipité par l'acide hydrosulfurique sans addition d'acide tartarique ? (*V.* ma *Toxicologie*, tome I.er, pag. 466 et 467.) M. Turner eût donc été plus exact, en ne conseillant l'emploi de cet acide que lorsque l'acide hydrosulfurique seul n'occasione point de précipité dans la liqueur. Et qu'on ne croie pas que je n'avais pas prévu ce cas dans ma *Toxicologie*. « Si l'émétique avait été décomposé et transformé en une matière insoluble par des infusions ou des décoctions végétales, il faudrait calciner le précipité avec de la potasse; par ce moyen les matières végétales seraient décomposées et fourniraient du charbon qui s'emparerait de l'oxygène de l'oxyde métallique, et mettrait l'antimoine à nu. » (Ouvrage cité, pag. 483.) Il est évident qu'ici je cherchais dans les matières solides ce que M. Turner veut que l'on cherche dans la liqueur, parce qu'il a dissous le précipité au moyen de l'acide tartarique; or, je défie qu'aucun chimiste puisse blâmer la méthode que j'ai conseillée.

3.° « Le procédé indiqué par M. Orfila pour obtenir l'antimoine métallique du précipité qu'occasione l'acide hydrosulfurique, est surtout susceptible d'objections : ce procédé consiste à réduire le précipité dont il s'agit,

à l'aide de la potasse et du charbon ; l'expérience *peut être* faite dans un creuset, d'après cet auteur, et ne dure guère plus de dix à douze minutes. Mais en opérant sur des quantités aussi faibles qu'il est vraisemblable qu'elles se rencontrent dans les cas de recherches médico-légales, mes tentatives pour me procurer le métal par ce moyen ont été infructueuses. J'ai agi sur *quatre grains de ce précipité*, et je n'ai pas *aperçu* de traces de métal ; à la vérité, lorsque ce résidu fut traité chimiquement, on découvrit quelques particules métalliques répandues çà et là dans la masse, quoiqu'elles ne pussent être découvertes à la vue. C'est ce qui me fit recourir à un procédé qui me réussit complètement, et qui consiste à décomposer dans un tube de verre long d'environ trois pouces, à l'aide du gaz hydrogène qu'on dégage dans un flacon, le précipité bien desséché et placé au milieu du tube. Au moyen de ce procédé, en opérant sur un dixième de grain de sulfure, j'ai obtenu l'antimoine métallique, dont le brillant pouvait être facilement aperçu avec une loupe. » (*V.* pour plus de détails le Mémoire du docteur Turner.)

Le reproche que m'adresse M. Turner n'est point fondé, attendu que l'on peut facilement retirer l'*antimoine métallique brillant* et parfaitement reconnaissable à la loupe et même à l'œil nu, en ne décomposant qu'un *sixième de grain* du précipité préalablement mêlé avec de la potasse, et en agissant avec le chalumeau sur du charbon. On réussit également bien en faisant un mélange d'un sixième de grain de ce précipité, d'un peu de charbon pulvérisé, et d'un atôme de potasse, en l'introduisant dans un petit tube de verre, et en chauffant à la lampe à quatre mèches, dont on augmente le degré de chaleur à l'aide du chalumeau. L'expérience a encore un plein succès, en substituant au mélange de charbon et de potasse du flux noir. Ce fait, dont tous les

chimistes peuvent constater l'exactitude, rend inconcevable le résultat indiqué par M. Turner, savoir, qu'il n'a pas obtenu de globules métalliques en décomposant le précipité par le charbon et la potasse, ou par le flux noir. M. Turner s'appuiera-t-il, pour donner de la valeur à son objection, de ce que je n'avais pas conseillé l'emploi du chalumeau, mais bien celui d'un creuset ? Je répondrai que lorsque j'ai dit dans ma *Toxicologie*, que l'expérience *pouvait être faite* dans un creuset, je n'ai pas exclu l'usage du chalumeau ni d'un petit tube de verre, et je suis persuadé qu'aucun chimiste ne se serait avisé d'employer un creuset pour réduire *un atôme* de ce précipité; tous au contraire auraient eu recours au chalumeau, réservant l'usage du creuset pour les cas où le précipité à réduire est assez abondant.

Quant au procédé que M. Turner conseille de substituer au mien, je le crois bon, mais peu susceptible d'être mis en pratique. Sans doute qu'un chimiste parviendra facilement à retirer l'antimoine métallique en faisant passer un courant de gaz hydrogène à travers le précipité dont il s'agit, mais il est à craindre qu'il n'en soit pas de même d'un médecin qui n'a jamais manipulé, qui, éloigné d'une grande ville, pourra quelquefois même manquer de tubes et d'autres objets pour monter l'appareil que décrit M. Turner. Il ne faut pas oublier que s'il importe beaucoup de donner des procédés exacts pour parvenir à résoudre les divers problêmes d'empoisonnement, il n'importe pas moins que ces procédés soient simples et à la portée des médecins et des pharmaciens les moins familiarisés avec les expériences chimiques; c'est ce qui fait que je persiste à donner la préférence au procédé de réduction que j'ai conseillé, procédé que l'on exécutera dans la cavité d'un charbon ou dans un tube de verre, et à l'aide du chalumeau, si la quantité de précipité que

l'on veut réduire est très-faible, et que l'on *pourra* également exécuter dans un creuset de terre, si la proportion du précipité est assez forte.

Empoisonnement par les préparations cuivreuses. — J'ai fait voir ailleurs que le meilleur moyen de reconnaître la présence du cuivre en dissolution, lorsque des liquides colorés empêchaient les réactifs d'agir, comme ils l'auraient fait si le sel cuivreux eût été dissous dans l'eau, consistait à verser un excès d'acide hydrosulfurique dans la liqueur, et à transformer le sulfure de cuivre précipité en sulfate de cuivre, au moyen de l'acide nitrique. (Ouv. cité, pag. 528, tom. I.er) Il ne s'agira ici que des cas où l'oxyde de cuivre ayant été transformé en une substance insoluble par les matières organiques qui ont agi sur lui, ne se trouve plus dans la liqueur. Après avoir lavé et desséché le précipité, on le calcinera dans une terrine ou dans un creuset jusqu'à ce que la matière organique soit carbonisée : alors on la réduira à l'aide du chalumeau dans la cavité du charbon : je me suis assuré qu'on pouvait, par ce moyen, obtenir du cuivre métallique visible à l'œil nu, en agissant sur un cinquième de grain de deutoxyde de ce métal.

Empoisonnement par les préparations de plomb. — On devrait également recourir à l'emploi du chalumeau dans les cas où il faudrait démontrer la présence du plomb dans les matières insolubles des vomissemens, ou dans les tissus du canal digestif; il faudrait seulement avoir la précaution, avant de chauffer ces matières à l'aide du chalumeau, de les carboniser comme nous venons de le dire à l'occasion des préparations de cuivre. On peut, par ce moyen, retirer du plomb métallique, en agissant sur un cinquième ou un sixième de grain d'oxyde.

Mémoire sur la résection du col de l'utérus au moyen de la ligature; par M. MATTHIAS MAYOR, *chirurgien en chef de l'hospice du canton de Vaud, etc., etc.*

Pendant un séjour de quelques mois à Paris, à la fin de l'année 1826 et au commencement de 1827, j'ai vu faire plusieurs fois la résection du col de l'utérus pour des altérations diverses, qu'on qualifiait de squirrheuses, carcinomateuses, et j'ai pu me convaincre de l'utilité et de la nécessité d'emporter ainsi *dans certains cas* une portion de cet organe. J'ai examiné avec soin différentes femmes qui avaient subi cette opération quelques semaines et quelques mois, et plus d'une année auparavant; et entr'autres celle qui devint enceinte très-peu de temps après l'excision du col utérin, et qui accoucha heureusement à terme. Toutes offraient avant l'opération les symptômes les plus graves; elles étaient devenues languissantes à la suite de douleurs continues et de pertes utérines variées, avec fièvre, insomnie, etc., etc.; et toutes, depuis l'opération, avaient repris une autre existence et une nouvelle vie.

Malgré de semblables faits, actuellement fort nombreux et bien constatés, et qui paraissent attester les avantages du procédé opératoire, plusieurs chirurgiens distingués sont encore loin d'être convaincus, et persistent à rejeter cette opération. S[illegible]eproduire ici les motifs qu'on allègue, et sur lesqu[illegible]ent le plus grand nombre des praticiens éclairés [illegible], il nous suffira de rappeler sommairement en quoi consiste le mode opératoire actuel, en examinant quels peuvent être ses inconvéniens et ses dangers; on sait aussi que les chirurgiens les plus habiles de l'Angleterre le repoussent généralement.

La femme étant située et maintenue comme pour l'application du forceps, on introduit dans le vagin un large spéculum, afin de mettre en évidence la partie qu'on saisit à l'aide de fortes pinces de Museux, qu'on implante sur l'utérus à la hauteur jugée nécessaire. Le spéculum étant alors retiré, on exerce avec les pinces des tractions convenables pour entraîner la matrice à la vulve; ces tractions occasionnent fréquemment les plus vives douleurs, quelque précaution qu'on prenne; ordinairement la résistance de l'utérus et la crainte de déchirer son col par les tiraillemens successifs et violens qu'on est obligé de faire, engagent l'opérateur à placer une seconde pince dans le sens opposé à la première, et des tractions nouvelles sont exercées dès-lors simultanément par deux aides sur ces deux pinces, afin d'ébranler et de déplacer le viscère. Quand l'opérateur juge que ce dernier est suffisamment abaissé, il porte le doigt au-dessus des crochets des érignes, et conduit vers ce doigt un bistouri boutonné avec lequel il coupe en sciant, la portion qu'il doit retrancher.

Ce simple exposé fait déjà voir tous les inconvéniens attachés à cette opération; en outre il n'est pas rare que les crochets de la pince ou des deux déchirent la partie sur laquelle ils sont implantés, et cet inconvénient est d'autant plus à craindre, que le mal est plus étendu, et conséquemment diminue davantage la résistance du tissu du col utérin. Cependant le premier temps de l'opération dépend tout entier de l'action de ces deux pinces, et si elles viennent à céder il faut nécessairement les remplacer, et une seconde application en est excessivement difficile, parce que le sang qui coule en abondance empêche d'y voir bien, et que les premiers déchiremens en rendent d'autres plus faciles et plus probables. C'est ainsi que plus d'une fois l'opération a dû être abandonnée faute de pouvoir

saisir ensuite convenablement l'organe malade. Indépendamment des hémorrhagies abondantes auxquelles on expose la malade, il est aussi tout-à-fait impossible, pour éviter ces déchirures, de pouvoir calculer d'avance le degré de force qu'on peut employer en exerçant des tractions d'après le degré de résistance du tissu affecté. Ajoutons que le déplacement forcé de l'utérus, quand on l'entraîne en bas, détermine sinon des déchirures autour du corps de cet organe, du moins une irritation assez vive, pour donner lieu à une métrite ou à une péritonite plus ou moins circonscrite. En outre, la résection partielle du col utérin est assez souvent suivie d'une hémorrhagie qui peut avoir des suites funestes lorsque la femme est déjà épuisée par des pertes plus ou moins répétées.

L'application d'une *ligature* portée et serrée au-dessus de la partie affectée, me semble obvier à tous les inconvéniens que présente l'opération dont je viens de parler, en ayant de plus l'avantage de ne pas effrayer la malade, comme l'appareil que nécessite l'emploi de l'instrument tranchant. Mais ce procédé n'est pas celui dont on a fait usage jusqu'à ce jour, il ne s'agit pas d'une constriction progressivement augmentée : la ligature dont je veux parler doit être pratiquée de manière à couper ou étrangler *instantanément* les parties, afin d'y *détruire complètement et en fort peu d'instans la vie et les phénomènes qui en dépendent;* c'est en un mot de la *ligature à tourniquet* dont il doit être question, laquelle se compose, comme son nom l'indique, d'un tourniquet sur lequel s'entortille le lien, et qui a son point d'appui sur un corps solide, percé d'un canal par où le fil constricteur s'engage et est violemment attiré. Une simple canule, au travers de laquelle on puisse faire passer l'anse d'un lien très-résistant, ou une série de petites boules solides, percées de manière à pouvoir également faire glisser cette anse; ou bien ces deux moyens

réunis, et formant ainsi un canal d'une longueur proportionnée à la profondeur du vagin, tel est ce que j'appelle *serre-nœud*, ou mieux *constricteur*. L'appareil se composant ainsi d'un lien, d'une gaîne solide, et d'un tourniquet à cheval sur cette gaîne, est assez analogue à celui qu'on emploie pour les polypes, mais la pièce qui en diffère essentiellement, est le tourniquet métallique qui s'adapte sur le canal et qui donne à cette petite machine, outre la facilité de lier à distance, toute la force que présente le treuil et le cabestan. Par ce moyen, l'opérateur peut graduer à volonté la constriction des parties, la proportionner à leur résistance, détruire de suite toutes celles qui sont soumises à l'étranglement, et faire tomber instantanément en mortification, tout ce qu'il se propose de retrancher.

Depuis quelques années j'ai eu l'occasion d'appliquer ce moyen, à la fois singulièrement énergique, sûr et facile, pour l'ablation de langues cancéreuses, de parotides énormes, de goîtres considérables, et en général pour tous les cas où il y a, sinon impossibilité complète, du moins danger extrême dans l'emploi de l'instrument tranchant ; la séparation du col utérin me semble, sous ce rapport, réclamer spécialement ce mode opératoire (1). Dans l'application de la ligature, il s'agit d'abord de porter le lien à l'endroit convenable, de l'y maintenir pendant qu'on fait agir la constriction. A cet effet je me sers d'un instrument propre à être fixé sur l'utérus, et implanté au-delà des limites connues ou présumées de l'altération morbide : cet instrument consiste en un *forceps érigne*, dont les crochets sont droits et

(1) *Voy.* mon *Essai sur la ligature en masse* ; Paris, 1826. On trouve dans cet ouvrage la description détaillée et la figure de mon constricteur.

coudés à angle légèrement obtus avec les branches de l'instrument; l'angle est surmonté d'une légère saillie qui sert à retenir le lien au moment de son application. Ces branches s'articulant comme celles du forceps ordinaire, s'introduisent aussi successivement; seulement, d'après la disposition bien connue des lèvres du museau de tanche, on les place de telle sorte, que l'une est antérieure et l'autre postérieure au col utérin. On les pousse aussi avant qu'on le juge convenable, en refoulant les parois correspondantes du vagin, et comme les crochets sont disposés à angle obtus, leurs pointes tendent toujours à s'écarter de ces parois et à empiéter sur les parties saines du col qu'embrasse le vagin, en se rapprochant davantage du corps même de l'utérus. S'il était nécessaire, on pourrait, dans certains cas, placer un second instrument dans le sens opposé au premier, c'est-à-dire suivant le diamètre transversal du col.

Les crochets qui terminent le forceps érigne peuvent avoir telle longueur et telle direction que désire l'opérateur, et l'on voit que plus ils seront longs et ouverts, plus ils remonteront vers le corps de l'utérus en se dirigeant vers la partie saine. Cette disposition peut être fort avantageuse dans quelques circonstances, et surtout comparativement à l'effet des crochets de l'érigne ordinaire, qui sont inclinés obliquement de haut en bas; cette différence, en apparence légère, en établit une très-sensible sur la partie qu'on veut saisir, car, d'une part, on peut les enfoncer quelques lignes plus haut qu'avec ce dernier instrument, et au-delà de l'altération; et de l'autre, les crochets ne se fixent que dans les parties qui se trouvent nécessairement comprises dans la ligature et au-dessous de celle-ci. Les deux branches du forceps érigne peuvent être introduites, soit à l'aide du doigt, soit au travers du spéculum, dont le diamètre n'a pas besoin

d'une grande largeur puisque les branches sont introduites l'une après l'autre. Cette application, très-facile, peut être faite avec l'aide d'une seule personne, et s'il arrive qu'on vienne à refouler trop en haut l'utérus en repoussant la partie supérieure du vagin, il faut placer d'abord une des branches de l'instrument sur l'utérus, de manière à fixer cet organe et le maintenir pendant qu'on fait effort pour pousser l'autre branche plus en haut; celle-ci, une fois implantée convenablement, donne la facilité de placer l'autre de même.

Lorsqu'on est parvenu à bien placer les crochets, et qu'on les a en quelque sorte interposés entre la partie malade et le tissu sain, il ne reste plus qu'à placer la ligature sur ce dernier. La ligature forme une anse libre dont les deux bouts, passés dans la gaîne solide déjà décrite, sont fixés par leurs extrémités au tourniquet, sur lequel ils peuvent être roulés et entraînés rapidement aussitôt que le lien est placé au-dessus des crochets. C'est alors qu'on reconnaît l'utilité de la saillie qui existe aux angles des crochets, et qui empêche le fil de descendre le long des branches de l'instrument; car dès que la ligature se trouve portée au-dessus de ces saillies angulaires, il suffit de serrer légèrement à l'aide du tourniquet pour qu'elle trace le sillon circulaire qui doit marquer sa place, et qu'on n'ait plus aucune crainte qu'elle change de direction.

Quant à la manière de porter la ligature, c'est la même que celle qu'on emploie pour lier les polypes ordinaires, et elle est ici d'une application d'autant plus facile et sûre, que le forceps érigne guide avec précision, et sert à fixer à la fois l'utérus et le lien : on conçoit d'ailleurs qu'il suffit du doigt ou d'un stylet bifurqué pour porter ce dernier au-dessus de la saillie des crochets. Dès que la ligature est convenablement placée, on imprime rapidement

un mouvement de rotation au tourniquet, afin de produire une constriction forte qu'on augmente dans la journée en faisant agir de nouveau une ou deux fois le tourniquet, en sorte qu'on puisse, en moins de quarante-huit heures, lever l'appareil, non point parceque la constriction produite a déterminé une section proprement dite, mais un étranglement assez fort pour causer la mortification complète des parties comprises au-dessous de la ligature. Il est inutile de dire qu'on a dû retirer le forceps-érigne aussitôt que le lien a été serré sur le col de l'utérus.

On prévient l'inflammation locale par les bains entiers, les demi-bains, des injections et des topiques appropriés, et un traitement antiphlogistique sagement dirigé. Ces moyens deviendront rarement bien nécessaires, parce que la constriction étant exercée rapidement, dès que la vie s'éteint dans les parties étranglées, les effets de la ligature ne peuvent guère se manifester d'une manière fâcheuse. Ainsi, quand on pratique sur une langue cancéreuse une constriction modérée et incapable d'y anéantir de suite la sensibilité et la vie, on observe bientôt un engorgement considérable et tous les accidens d'une violente inflammation; mais au contraire, serre-t-on la ligature avec force, on ne remarque rien de pareil, et les seuls phénomènes qui se développent, sont un sentiment plus ou moins douloureux le long des cordons nerveux.

Le procédé que je propose ici n'est qu'une application des principes qui me guident depuis plusieurs années pour l'ablation de tumeurs ou d'organe dégénérés, d'un accès difficile et dangereux, et j'en avais déja fait mention dans une note que j'ai eu l'honneur de lire à l'Academie des sciences de Paris, le 19 février 1827. Je la terminais par les conclusions suivantes, que je n'ai aucun motif de changer aujourd'hui.

1.° La ligature peut remplacer avantageusement l'instrument tranchant pour l'ablation du col utérin désorganisé; 2.° seule, elle peut encore avoir lieu, lorsque les désordres sont tels qu'ils ne permettent pas d'entraîner à la vulve les parties à retrancher; 3.° elle a l'avantage d'éviter les tractions et les violences nécessaires pour produire le prolapsus utérin; 4.° elle n'est jamais accompagnée d'hémorrhagie; 5.° le lien est toujours dirigé sûrement sur le forceps-érigne, dont l'application est constamment d'une application facile; 6.° l'appareil que réclame la ligature, n'étant pas à beaucoup près aussi effrayant pour les malades que celui que nécessite l'instrument tranchant, on peut encore conseiller et tenter l'un, lorsque l'autre est évidemment inadmissible, ou qu'il répugne trop au malade; 7.° la constriction du lien, soumise aux règles de la *ligature en masse* et à tourniquet, peut être toujours aisément portée au point nécessaire pour frapper d'une mort prompte les parties qu'on se propose de retrancher, et sous ce rapport, elle se rapproche évidemment de l'effet qu'on veut obtenir par l'instrument tranchant.

Au sujet de l'ablation du col utérin, et de la grossesse dont cette opération a été suivie presque immédiatement chez la femme de Paris dont on a rapporté l'histoire, on peut se demander si l'excision qui a eu lieu n'a pas favorisé l'imprégnation, et si dans tel cas donné une semblable opération ne pourrait pas faire cesser la stérilité qu'on remarque chez certaines femmes. On conçoit, en effet, que, si cet état résulte simplement d'un vice de conformation du col de l'utérus, la résection partielle ou totale peut avoir un effet avantageux. Depuis que je m'occupe plus particulièrement de ce sujet, j'ai eu l'occasion d'examiner trois dames auxquelles les réflexions précédentes me semblent applicables.

La première, M.me C.***, âgée de 50 ans, mariée depuis 30 ans, et n'ayant jamais été enceinte, m'a présenté le col de l'utérus long d'un pouce et demi environ, et si grêle qu'il ressemblait en quelque sorte au petit doigt de la main; il était en même temps recourbé et analogue à ce doigt demi-fléchi. La seconde, M.me M.***, a 30 ans, est mariée depuis douze, sans être jamais devenue enceinte; le col de l'utérus est également long et mince, et fortement repoussé en arrière. Enfin, la troisième M.me P.*** était devenue enceinte immédiatement après son mariage, mais depuis cette première grossesse c'est-à-dire depuis plus de vingt ans, elle est restée stérile. Chez elle, le col utérin est alongé, et comme fixé à la paroi postérieure et inférieure du vagin, par trois brides distinctes et très-fortes qui sont évidemment les suites des déchiremens étendus qui ont eu lieu lors de l'accouchement qui fut long et pénible.

Ne peut-on pas supposer avec quelque raison que, chez ces trois femmes, l'état anormal du col de l'utérus a été la principale cause de la stérilité; et n'est-on pas fondé à penser qu'en pareil cas, la chirurgie peut remédier à cet état contre-nature en replaçant l'utérus dans les conditions où il se trouve chez les femmes bien constituées, et qui jouissent des douceurs de la maternité? Or, en admettant cette proposition, il me semble qu'il faut également admettre qu'on doit se garder, pour l'exécution, de tout moyen dangereux, et n'avoir recours qu'à des manœuvres simples, faciles et peu douloureuses, telles que celles qui constituent le procédé qui fait l'objet de ce mémoire.

VARIÉTÉS.

Académie royale de Médecine. (Décembre.)

Académie réunie. — *Séance du 4 décembre. — Etat des mesures sanitaires en Angleterre.* — A l'occasion du procès-verbal de la séance précédente, M. Rochoux demande et obtient la parole pour réfuter ce qu'a dit M. Desgenettes, touchant la conservation des quarantaines en Angleterre. Les renseignemens d'après lesquels a parlé M. Desgenettes sont déjà anciens, puisqu'ils remontent à 1819; et on lit dans un rapport de M. Hely-d'Oissel, conseiller-d'état, qu'en 1824, toutes les quarantaines, même pour les bâtimens venant d'Orient, ont été abolies en Angleterre par un bill qui a été communiqué officiellement à tous les gouvernemens d'Europe. Il est vrai que sur les représentations de ceux-ci, l'Angleterre a rapporté ostensiblement ce bill en juin 1825. Mais elle ne tient pas la main à l'exécution de cette mesure sanitaire; et dans ses ports, tous les bâtimens étrangers, même ceux venant du Levant, sont admis *à libre pratique*, après avoir subi seulement une quarantaine d'observation de 24 ou 48 heures. C'est ce que M. Rochoux tient de plusieurs négocians, de membres de la Chambre des communes d'Angleterre; et ce qui a été communiqué à notre gouvernement par notre consul général à Londres, M. Seguier. — M. Moreau, pour confirmer ce que vient de dire M. Rochoux, rapporte que beaucoup de bâtimens venant des Amériques et destinés pour le Hâvre, lorsqu'ils voyaient qu'ils ne pouvaient être reçus dans ce dernier port sans être astreints aux quarantaines, se dirigeaient aussitôt sur l'Angleterre où ils étaient immédiatement admis à libre pratique.

Renouvellement du bureau; M. Laugier, membre de la section de pharmacie, est nommé président pour l'année 1828.

Remèdes secrets. — M. Gueneau de Mussy, au nom de la commission des remèdes secrets, propose et fait adopter le rejet des remèdes suivans: 1.° *deux cosmétiques*, dont l'un n'est qu'une eau de Cologne un peu modifiée, dont l'autre est un élixir balsamique pour les dents, et qui tous deux ne présentent rien de nouveau. 2.° Un baume, mélange de beurre et d'huile, avec addition de pommes et de raisins, que son inventeur préconise contre les plaies de toutes espèces. 3.° Un *sirop anti-catarrhal* d'un pharmacien de Lyon, chef-d'œuvre de polypharmacie, puisque des purgatifs, des éméti-

ques, des expectorans, des diaphorétiques, des mucilagineux, des aromatiques, des calmans et des narcotiques, entrent dans sa composition. 4.° Un remède *contre l'anasarque*, mélange de substances diurétiques et toniques macérées dans l'alcohol, proposé par un médecin de Vesoul. 5.° Un *spécifique contre les pâles couleurs*, qui ne présente rien de nouveau dans sa composition. 6.° *Des pilules toni-purgatives* fournies à un pharmacien de Paris par un medecin allemand, et qui ne sont presque que les pilules hydragogues de Bontius, ou les pilules de gomme-gutte composées de la pharmacopée de Londres. 7.° *Une essence contre les engelures*, mélange de deux substances fortifiantes et toniques depuis long-temps employées contre ce mal. 8.° *Un ceroëne contre les tours de reins*, composé avec de la cire, des résines, des gommes-résines, et qui ressemble beaucoup au diachylum gommé. 9.° *Deux dissolvans des pierres des reins et de la vessie*, par un homme qui se vanté d'avoir pénétré tous les phénomènes de la nature, de guérir la syphilis sans mercure, les hydropisies enkystées sans ponction, les cancers sans ciguë ni opérations, les folies sans hellébore, etc.; dissolvans qui, selon lui, réduisent en peu de jours toutes les pierres en pâte, et qui ne sont cependant que des limonades minérales connues depuis plus de quarante ans, et évidemment sans action contre beaucoup de calculs, ceux d'acide urique, par exemple. 10.° Enfin, *le sucre préparé du sieur Laurent*, dit *Laurenti*, sucre que son inventeur dit propre à dissiper toutes les maladies curables, et qu'il aurait rendu médicamenteux par l'addition d'une semence alimentaire auparavant dépouillée de son arôme.

Fièvre jaune; documens de M. Chervin. — M. le président sollicite et obtient pour M. Lassis la faveur d'être entendu, bien que l'Académie ait fermé la discussion dans sa dernière séance. M. Lassis se plaint de ce que la commission, dans son jugement sur les documens de M. Chervin, ait complètement passé sous silence les travaux que lui, Lassis, a entrepris depuis 15 à 20 ans, sur toutes les maladies contagieuses en général, et sur la fièvre jaune en particulier. Il lui reproche d'avoir attribué à M. Chervin un service qu'il a droit de revendiquer, et qu'on ne peut lui contester sans injustice. Dans l'ouvrage qu'il a publié en 1819, *sur les causes des épidémies, les moyens d'y remédier et de les prévenir,* il a, dit-il, abordé toutes les questions relatives aux maladies contagieuses en général et à la fièvre jaune en particulier; il a démontré l'inanité de toutes les raisons sur lesquelles se fondent les partisans de la contagion; il a fait connaître quelle était la véritable nature de la fièvre jaune, et quelles étaient les causes de toutes les épidémies dites contagieuses, pour tous les temps et pour tous les pays. S'il n'a pas visité l'Amérique, c'est qu'assez de médecins avaient dissipé tous les doutes relativement à la na-

ture non contagieuse de la fièvre jaune en ce pays. Mais il a bravé les épidémies dans beaucoup d'autres lieux, et particulièrement il a couru à Barcelone, quand le mal y existait encore, et qu'il y avait danger à s'y exposer. « Dès 1814, dit M. Lassis, tous les renseignemens » nécessaires pour résoudre ces grandes questions étaient rassemblés » par moi, et il ne manquait réellement qu'un examen, pour les » faire résoudre selon la vérité : pourquoi donc la commission, dans » celui auquel elle se livre, ne tient-elle aucun compte de ce que j'ai » fait, et paraît-elle vouloir attribuer à un autre ce que j'avais fait » avant lui? L'Académie n'a-t-elle pas en ses mains mes documens, » comme elle a ceux de M. Chervin ? et est-il juste, que dis-je, est-il » possible qu'elle prononce sur le mérite et l'utilité des uns sans faire » l'examen des autres ? Cependant depuis près de deux ans, j'attends » ce rapport qui m'est promis; et je ne puis même rentrer dans la pos- » session des mémoires que j'ai confiés. » M. Lassis reproche encore à la commission de se mettre en contradiction avec elle-même, lorsque, déclarant n'avoir voulu examiner que les documens de M. Chervin, elle les présente cependant comme étant le *complément* de tous ceux qui avaient été recueillis avant ce médecin. Il assure que les documens de M. Chervin n'ajoutent rien à ceux que lui doit la science, lesquels, n'étant pas bornés à la fièvre jaune seule, mais étant relatifs à toutes les maladies dites contagieuses, ont ce mérite de plus de faire embrasser la question dans sa plus grande généralité. Il fait au contraire, aux documens de M. Chervin, les quatre reproches suivans; de laisser ignorer la nature du mal, ses causes; de ne s'appliquer qu'à un seul temps, qu'à un seul lieu, qu'à une seule maladie; et enfin de tendre à faire adopter la théorie de l'infection, qui, selon lui, est aussi erronée que celle de la contagion. Il termine enfin, en invitant l'Académie à rejeter la dénomination de *fièvre jaune*, qui est aussi vague que le seraient celles de *fièvre blanche*, de *fièvre pâle*; et en rappelant encore une fois que c'est vraiment lui, Lassis, qui par l'examen de toutes les épidémies, a attaqué le système de la contagion dans un temps où ce système avait un assentiment presque universel.

M. le Président donne la parole à M. Itard, qu'appelait l'ordre d'inscription ; mais M. Adelon fait observer que la clôture de la discussion générale étant prononcée, c'est à M. Coutanceau, rapporteur, qu'elle doit être accordée. L'heure avancée fait renvoyer la lecture du résumé de celui-ci à la séance prochaine.

SECTION DE MÉDECINE. — *Séance du* 11 *décembre*. — *Entozoaires, cysticerque de Fischer*.—M. H. Cloquet fait un rapport verbal sur des entozoaires intestinaux envoyés à la section par M. Villaume, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz, et recueillis chez un homme de 45 ans, atteint de gastro-hépatite chronique compliquée de

calculs biliaires. Comme ces animaux ont le corps cylindrique et ridé, une vésicule caudale membraneuse simple et remplie d'eau très-limpide, une tête très-petite, obronde, garnie de quatre suçoirs, et surmontée d'un appendice proboscidiforme qu'environne une rangée de crochets, M. H. Cloquet juge qu'ils appartiennent au genre des *cysticerques*, et à l'espèce dite *cysticerque de Fischer*, *cysticercus pyriformis* de *Zeder*. Il regrette qu'on n'ait aucuns renseignemens sur ce qu'a éprouvé le malade qui a rendu ces entozoaires. M. Virey prétend que ces vers sont assez communs dans les diarrhées muqueuses, et qu'il en est parlé dans l'ouvrage de Rœderer et de Wagler; mais le rapporteur objecte que ce sont les triguridès et non les cysticerques.

Rougeole, variole, rupture spontanée de la rate, et d'une tumeur enkystée de l'ovaire droit. — M. Bouillaud fait un rapport verbal sur quatre notices envoyées par M. Dufau, médecin à Mont-de-Marsan. La première de ces notices a trait à une épidémie de rougeole, qui a régné, dans le printemps et l'été de 1824, à Mont-de-Marsan et autres pays voisins. La plupart des malades présentèrent, outre les symptômes de la phlegmasie cutanée, ceux d'une vive irritation des diverses parties du système muqueux. En quelques cas, cependant, il n'y eut que fièvre non bilieuse sans exanthême, et quelquefois aussi celle-ci fut une scarlatine; alors manquait l'angine, qui est la compagne si constante des scarlatines ordinaires. Fréquemment il y eut complication d'une phlegmasie pectorale, ou gastrique, ou encéphalique. Le traitement antiphlogistique fut celui qui eut le plus de succès. Des vésicatoires furent quelquefois employés pour rappeler une éruption supprimée ou en exciter une trop faible; mais ce fut sans beaucoup d'avantages : toujours ils imprimèrent une nouvelle activité à la phlegmasie des organes digestifs. M. Dufau pense que la rougeole consiste essentiellement en une double inflammation des systèmes cutané et muqueux, mais que les phlegmasies gastro-pulmonaires jouent, dans cette maladie, un rôle plus important que l'exanthême lui-même; cependant il ne regarde pas celui-ci comme exclusivement sympathique de l'inflammation interne, car il l'a vu exister seul. Selon lui, la cause de la rougeole réside en un miasme particulier, dont l'atmosphère est devenue accidentellement le véhicule; ce miasme agit d'abord sur les surfaces cutanée et muqueuse, qui sont les parties du corps les plus accessibles à l'impression de l'air : de plus, il est absorbé, et va imprimer au sang des altérations particulières, exciter l'appareil circulatoire et allumer la fièvre. Ainsi peuvent s'expliquer les fièvres d'incubation qui précèdent l'apparition de toute phlegmasie muqueuse ou cutanée. Le rapporteur appuie de toute son autorité cette dernière opinion de M. Dufau, et cite des cas où une angio-cardite a été observée dans des varioles, des rougeoles et des

scarlatines. M. Desormeaux fait deux remarques relativement à ces fièvres morbilleuses et scarlatineuses sans éruption, dont parle M. Dufau ; l'une est, qu'il ne faut les garantir qu'après la plus scrupuleuse attention, parce que souvent l'éruption ne se fait que sur une petite surface, et dure peu, ce qui fait qu'elle est méconnue ; l'autre, que dans ces cas, bien que l'éruption ait manqué, il n'y en a pas moins desquammation de la peau. La deuxième notice de M. Dufau traite d'une épidémie de variole qui a régné à Mont-de-Marsan en 1826; tous les vaccinés furent affranchis de la maladie, qui fut généralement bénigne, et céda à un traitement antiphlogistique employé surtout dès le début. Il y eut deux cas de varioloïdes chez des sujets anciennement vaccinés. La troisième notice de M. Dufau porte sur un cas de rupture spontanée de la rate, survenue à la suite d'un coup de pied de cheval, et à laquelle le malade a survécu quelque temps. Cette observation manque de détails, et laisse à desirer surtout tout ce qui concerne l'ouverture du cadavre. Enfin, dans la quatrième notice, M. Dufau parle d'une femme qui portait depuis neuf mois, à la partie moyenne, inférieure et droite de l'abdomen, une tumeur indolente et grosse comme la tête d'un enfant ; il n'en résultait aucun dérangement notable de la santé, lorsque tout-à coup, à la suite d'un effort musculaire, cette tumeur se rompit ; il survint une péritonite et une gastro-entérite qui faillirent être mortelles ; cependant la malade y échappa par les moyens appropriés ; mais la tumeur première a reparu avec les mêmes caractère d'innocuité : M. Dufau pense que celle-ci siége dans l'ovaire, et que c'est elle qui, une première fois, s'est rompue.

Lithotritie. — M. Chantourelle communique un cas d'opération de lithotritie tentée avec succès chez un malade où il y avait inflammation chronique, et même ulcération de la membrane muqueuse de la vessie. Ce malade, âgé de 68 ans, souffrait depuis plusieurs années de la pierre ; celle-ci avait amené à la longue une inflammation catharrale de la vessie ; l'urine rendue était trouble, glaireuse, parfois purulente, et d'une odeur ammoniacale très-fétide ; le bicarbonate de soude avait été employé envain ; les douleurs étaient devenues de plus en plus aiguës, et le malade avait fini par tomber dans un état de marasme effrayant. Malgré des chances aussi peu favorables, on résolut de tenter la lithotritie ; on commença par affaiblir l'irritation locale par des demi-bains, des opiacés ; et pour remédier à la fièvre hectique et relever les forces du malade, on le mit à l'usage d'une boisson amère avec addition de sirop de quinine. Un premier amendement ayant été obtenu ainsi, on commença les épreuves, et lorsque la première fut pratiquée, la vessie était si sensible, que l'eau tiède qu'on y injecta parut brûler le malade, et qu'on ne pût ouvrir les

pinces sans que celui-ci crût qu'on lui perçait la vessie. Les épreuves furent répétées avec précaution, et à des intervalles assez éloignés, pour que l'irritation provoquée par l'une fut dissipée quand on recourait à une seconde; cette irritation, d'ailleurs, devint de moins en moins forte, à mesure que la pierre était usée. A la septième séance, le calcul fut enfin brisé, divisé en morceaux, dont plusieurs furent extraits; peu-à-peu tout fut expulsé, et le malade a aujourd'hui complètement recouvré la santé. M. Chantourelle conclut de cette observation : 1.° que c'est autant par son poids qui porte sur le bas-fond de la vessie, que par son volume et sa configuration, que la pierre attaque la vessie; et en effet, à mesure qu'elle a diminué de masse, les accidens ont été moindres. 2.° Que l'état de marasme ne doit pas empêcher de tenter la lithotritie, pourvu qu'on fasse les séances peu longues, et qu'on attende, pour les renouveller, que l'irritation produite par les premières soit dissipée. 3.° Que les toniques, le sulfate de quinine à petite dose, sont très-propres à combattre les accès rémittens de la fièvre hectique, que suscite l'irritation subaiguë de la vessie et de l'abdomen. 4.° Que le gonflement inflammatoire des testicules, qui survient quelquefois à la suite de l'opération de la lithotritie, se dissipe facilement, et n'empêche pas qu'on donne suite à cette opération. 5.° Enfin, qu'après l'extraction de tout calcul, la vessie reste quelquefois le siége de vives douleurs, qui s'étendent jusqu'au testicule, et amènent l'irritation de cet organe, mais qui sont exclusivement nerveuses.

Une discussion s'engage sur plusieurs points de cette observation. M. Chomel trouve que ce que M. Chantourelle dit des bons effets du sulfate de quinine, contre les accès fébriles remittens, résultans de la présence d'un calcul dans la vessie, est trop absolu. M. Chantourelle répond que c'était surtout à cause de l'état de suppuration de la vessie, qu'il avait fait prendre au malade le sulfate de quinine. M. Rullier annonce que dans beaucoup de phlegmasies, qui se compliquaient pendant leur cours de fièvres rémittentes et intermittentes, il a employé avec succès le sulfate de quinine; par là il dégageait de sa complication fébrile la phlegmasie qui après suivait son cours. Il cite entre autres l'observation d'une pleurésie fort aiguë, qui fut combattue d'abord par les moyens antiphlogistiques, mais qui au 10.e jour s'étant compliquée d'accès tierces céphaliques, exigea le sulfate de quinine et fut guérie par ce médicament. M. Louyer Villermay pense, que souvent on donne à tort le sulfate de quinine, contre de prétendues rémittences qui sont moins des accès sur-ajoutés que de simples redoublemens; cependant il convient qu'il existe des cas où ce médicament, quoique paraissant contre-indiqué, a réussi. Il cite celui d'un enfant, qui tous les mois éprouvait des mouvemens

convulsifs avec perte de connaissance, et qui, n'ayant reçu aucun soulagement du traitement antiphlogistique, fut guéri à plusieurs reprises par le sulfate de quinine. M. Chomel ne croit pas qu'aucun des faits qu'on vient de citer soit contraire à sa proposition ; il faut distinguer, dit-il, les redoublemens qui surviennent dans les fièvres symptômatiques des phlegmasies, et les complications de fièvres intermittentes ou rémittentes qui surviennent quelquefois dans ces maladies ; nul doute que dans ces derniers cas, le quinquina ne soit très-utile ; mais il ne peut l'être egalement dans les premiers ; dans la maladie de l'enfant cité par M. Villermay, l'intervalle d'un mois entre les accès ne permet pas de penser que le quinquina ait agi comme anti-fébrile, certainement il n'aura opéré que comme tonique. M. Renauldin rappelle que Torti employait le quinquina, même suspendu dans un véhicule excitant, contre les fièvres intermittentes pernicieuses caractérisées par des phénomènes phlegmasiques. M. Itard cite un travail qu'il a présenté précédemment à la section, touchant des fièvres intermittentes cérébrales, et qui, bien que produites la plupart par des otorrhées, ont été guéries cependant par le quinquina. M. Louyer Villermay ajoute aux observations de M. Itard celle d'un militaire, qui, convalescent d'une forte inflammation du cerveau, fut repris des mêmes accidens, mais sous forme intermittente, de sorte qu'au lieu d'employer les antiphlogistiques et les révulsifs, comme on l'avait fait d'abord, il fallut recourir au quinquina. Souvent il a observé dans sa pratique des inflammations intermittentes, et il est très-porté à penser que les fièvres intermittentes ne sont que des phlegmasies aiguës chroniques intermittentes. M. Leveillé pense que ce qu'offre de plus remarquable l'observation de M. Chantourelle, c'est la médication habile à l'aide de laquelle on a remedié au marasme, relevé les forces, et mis le malade en état de supporter l'opération. Enfin, M. Orfila demande, à l'occasion de l'emploi du bi-carbonate de soude, si on a analysé l'urine du malade; ce sel, en effet, ne pouvait être utile qu'autant que le calcul aurait été d'acide urique, ou d'urate d'ammoniaque ; s'il eût été d'oxalate ou de phosphate de chaux, loin de servir, il aurait ajouté à la quantité des matières précipitées.

Monstruosité par inclusion. — M. Ollivier, d'Angers, lit la seconde partie de son mémoire sur la monstruosité par inclusion. (Voyez le tome XV des *Archives*, pag. 539, où ce travail est littéralement inséré.

Séance du 18 décembre. — La section s'est occupée exclusivement de la formation de son bureau pour l'année 1828. M. Duméril, vice-président de la section, en 1827, a été élu président; M. Keraudren, a été élu vice-président; et M. Adelon, secrétaire de la section en 1827, a été réélu secrétaire.

SECTION DE CHIRURGIE. — *Séance du 13 décembre. — Opération du séton.* — M. Demours lit une note sur quelques modifications à faire subir à l'opération du séton. Ces modifications consistent à saisir le pli de la peau avec un étau en bois, dont les mâchoires, qui ont chacune 19 lignes de longueur sur 5 de largeur, présentent une surface interne sillonnée de légères aspérités qui empêchent la peau de s'en échapper, lorsque la vis de rappel les rapproche l'une de l'autre. Avec le secours de cet instrument, on peut pratiquer, seul et sans avoir besoin d'un aide, l'opération du séton; et cette opération est moins douloureuse, à cause de l'engourdissement qui résulte de la pression exercée sur la peau par l'etau. Dans cette même note, M. Demours parle d'un autre instrument inventé par M. Jacquemynx, chirurgien à Dadizéeles, dans les Pays-Bas, pour passer les mêches des sétons. Il consiste en une tige d'acier étroite, terminée d'un côté par un manche en bois, de l'autre par une mortaise destinée à recevoir une lame à double tranchant, légèrement recourbée sur son plat, munie dans son milieu d'une vive arête, et d'une fenêtre dans laquelle on engage la mèche. On se sert de cet instrument comme de l'aiguille à séton ordinaire; quand on a traversé le pli de la peau, la lame tranchante s'échappe de la mortaise dans laquelle elle était engagée, traverse les parties, et retirant alors la tige qui la supportait, le séton se trouve établi. Enfin, dans cette même note, M. Demours annonce que depuis deux ou trois ans il a guéri, mieux que par le séton, les tumeurs enkystées des paupières, en les traversant par deux ou trois aiguilles à coudre; il les a vues disparaître en trois ou quatre semaines.

Fracture du crâne avec lésion du cerveau. — M. Hervey de Chégoin fait un rapport sur une observation de fracture du crâne, avec lésion du cerveau, envoyée à l'Académie par M. Cavenne, chirurgien à Laon. Il s'agit dans cette observation d'une petite fille de sept ans, qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, eut une fracture considérable de l'os frontal, avec une dépression dans une étendue de trois pouces; de la plaie sortait beaucoup de sang mêlé de substance cérébrale : le premier jour, on chercha, mais en vain, à relever la pièce d'os enfoncée; on n'y parvint que le lendemain; elle avait déchiré la dure-mère, pénétré dans le lobe antérieur du cerveau, qui là était réduit en bouillie, et comprimé; comme elle ne tenait à rien, elle fut enlevée et avait une étendue de trois pouces. Les jours suivans, on retira à chaque pansement, malgré toutes les précautions, un peu de substance cérébrale; au bout de neuf jours, toute la partie du cerveau altérée sembla avoir été éliminée, et M. Cavenne porte à une once et demie la quantité qui a été extraite. Tous les sens sont intègres. Le 14.ᵉ jour, de la douleur se

fait sentir pour la première fois au front, et l'examen de la plaie fait reconnaître une fracture de la partie écailleuse du temporal qui avait été méconnue. Néanmoins aucun accident ne survient, et la guérison s'accomplit en deux mois. L'enfant jouit actuellement d'une bonne santé et de tous ses sens. La substance cérébrale, dans sa portion dénudée, présenta long-temps, même après la cicatrisation de la plaie extérieure, un gonflement auquel M. Cavenne opposa avec succès une compression méthodique. M. le rapporteur rappelle qu'il existe dans les fastes de l'art beaucoup d'observations analogues qui prouvent qu'une portion du cerveau peut être impunément emportée.

Trismus, tétanos traumatique; plaie de tête; fièvre intermittente guérie par le pipérin; fracture du col du fémur. — M. Reveillé-Parise, au nom d'une commission, lit un rapport sur différens faits de chirurgie, communiqués à la section par M. Colombot, médecin à Chaumont; savoir : 1.° un cas de trismus et de tétanos général, survenus chez un jeune homme de 16 ans, à la suite d'une plaie contuse à la jambe droite, et qui fut guéri par l'emploi de l'opium à haute dose et sous toutes les formes; le malade en prit jusqu'à 60 grains par jour, 1/2 once en trois semaines. Le rapporteur, à l'occasion de ce fait, présente comme probable l'opinion de ceux qui font consister le tétanos en une myélite, ayant son siége dans les méninges vertébrales. 2.° Un cas de fracture du crâne chez un homme qui avait été enseveli sous les laves d'un toit, et qui eut tout à-la-fois le thorax assez comprimé pour que les apophyses épineuses dorsales perforent la peau par autant de petits trous; et le pariétal gauche fracturé et enfoncé. Cette dernière lésion amena un épanchement dans la substance du cerveau, et au bout de 16 jours, celui-ci donna lieu à un abcès à un pouce de profondeur dans cet organe. Cet abcès était du genre des dépôts par congestion; la matière qui en découlait avait une odeur putride très-prononcée; on le détergea avec un mélange de quatre parties d'eau, deux de chlorure de soude, et une d'alcool camphré. Pendant le cours de la maladie, plus d'une once des lobes postérieurs du cerveau fut enlevée; néanmoins, le malade a guéri parfaitement, sans aucun dérangement des facultés intellectuelles. Le rapporteur remarque que cette observation, qui a ses analogues, confirme ce qui a été dit sur l'insensibilité du cerveau, la possibilité d'une perte de substance dans cet organe, sans aucun trouble intellectuel : cependant il regrette que M. Colombot n'ait pas transmis plus de détails sur l'état des facultés mentales pendant la formation de l'abcès encéphalique. 3.° Un cas de fièvre ophthalmique double-tierce, combattue une première fois avec succès par le sulfate de quinine, mais qui après une rechute ayant resisté à ce moyen admi-

nistré sous toutes les formes, fut guérie par 60 grains de pipérin, administrés en huit doses de trois heures en trois heures pendant l'apyrexie. 4.° Enfin, un cas de fracture du col du fémur chez une dame de 83 ans, et qui a guéri en quatre mois sans appareil, par le seul fait de la position horizontale avec extension de la cuisse fracturée, et seulement avec une rétraction de 8 à 9 lignes.

Amputation du col de l'utérus ; fracture du col du fémur ; fracture du calcanéum. — M. Lisfranc communique plusieurs cas de sa pratique à l'hospice de perfectionnement. 1.° Il vient de faire de nouveau sur quatre femmes l'amputation du col de l'utérus carcinomateux ; il assure que la section du col utérin par le bistouri n'est pas douloureuse : aucun accident n'est survenu et tout annonce une guérison prochaine. 2.° Il présente un fémur, provenant d'une femme âgée de 70 ans, dans lequel on voit le col de cet os fracturé à sa base, et la fracture consolidée ; mais le col est réuni à angle droit avec le corps de l'os : le grand trochanter a aussi été fracturé à sa base, la fracture en est aussi consolidée ; mais cette consolidation s'est faite aussi sur le corps de l'os. 3.° Enfin, il met sous les yeux de la section une femme âgée de 50 ans, qui consécutivement à une chute sur les pieds, s'est fracturé la partie supérieure et postérieure du calcanéum. Quand M. Lisfranc vit pour la première fois la malade, un érisypèle phlegmoneux avait envahi le pied et la jambe ; aucun appareil contentif ne put être appliqué, et ce ne fut qu'après vingt-neuf jours qu'on pût employer le bandage unissant des plaies en travers ; on le laissa appliqué trois mois, sans qu'on pût parvenir à mettre les os en contact. Au bout d'un mois, la plaie des parties molles fut cicatrisée, et alors les fragmens de l'os paraissaient réunis par une substance fibreuse analogue à celle qui se forme dans les fractures de la rotule, et qui laissait entr'eux quelque mobilité. Mais depuis trois semaines, cette mobilité a complètement disparu, probablement, dit M. Lisfranc, parce que cette substance fibreuse, intermédiaire aux fragmens, s'est ossifiée.

Taille sus-pubienne. — M. Souberbielle communique à la section une opération de taille sus-pubienne, qu'il vient de pratiquer à un homme âgé de 80 ans, et de la vessie duquel il a extrait vingt-un calculs, dont plusieurs étaient chatonnés. Dans ce cas, comme dans presque tous les cas de taille sus-pubienne, l'urine s'est écoulée par le canal de l'urètre, et non par la plaie.

Séance du 27 décembre. — Formation du bureau pour l'année 1828. M. Roux est nommé président ; M. Dubois, vice-président, et M. Moreau, secrétaire actuel, est réélu secrétaire.

Obturateur. — M. Oudet, au nom d'une commission, lit un rapport sur une observation de M Taveaux, chirurgien dentiste à Pa-

ris, tendante à faire substituer aux obturateurs à ailes les obturateurs à branches latérales fixées sur les dents. Selon M. Taveaux, les obturateurs à ailes pressent trop douloureusement les bords des ouvertures qu'ils sont destinés à boucher, en même temps que leur partie ascendante exerce des ravages dans les fosses nasales. Les obturateurs à branches latérales, au contraire, n'ont aucun de ces inconvéniens, sont plus simples, et doivent être préférés, surtout quand il est possible de prendre des points d'appui solides sur les dents. Les commissaires trouvent les assertions de M. Taveaux trop exclusives.

Amputation de l'os maxillaire inférieur. — M. Lisfranc présente à la section le malade sur lequel il a pratiqué l'amputation de la moitié gauche du corps de l'os maxillaire inférieur. (Voyez tome XV des *Archives*, page 619.) La cicatrice de la plaie est peu visible quand l'homme a une cravate; la face du côté opposé est peu déformée; le côté droit du corps de la mâchoire est légèrement dévié à gauche, la branche gauche de l'os se porte un peu en dedans; la guérison s'est faite sans que le malade ait couru le moindre danger.

Eruption des dents. — M. Réveillé Parise lit une note sur l'éruption des dents et les anomalies qu'offre cette éruption. Il cite l'observation d'une femme de 60 ans, chez laquelle l'éruption des dents n'eut jamais lieu; celles de Louis XIV et de Mirabeau qui naquirent avec des dents; et enfin celle d'une petite fille qui naquit avec deux canines, et chez laquelle les deux autres canines apparurent peu de temps après la naissance. Il contredit l'assertion émise par quelques auteurs, que l'apparition de dents avant la naissance est un signe de force et de longévité. M. Oudet dit avoir trouvé chez quelques fœtus les follicules dentaires en pleine suppuration, et il conjecture que c'est à cette cause qu'on doit attribuer la non éruption des dents chez certaines personnes, et particulièrement chez la femme mentionnée par M. Réveillé Parise d'après Borelli.

Ossification de la tunique vaginale. — M. Yvan présente deux tuniques vaginales ossifiées qu'il a recueillies sur un vieillard de 83 ans; au dedans d'elles étaient les testicules sains et un peu de sérosité. M. J. Cloquet dit avoir vu deux cas semblables avec Béclard. M. Amussat a extirpé un testicule carcinomateux qui était parsemé de points osseux.

Calcul vésical. — M. Amussat entretient la section de recherches qu'il a faites, pour distinguer les cas où on peut broyer les calculs dans la vessie, et ceux où il faut recourir à l'opération de la taille. Si le sujet est trop jeune, au-dessous de 9 ans, il faut tailler, parce que l'urètre ne peut alors se prêter à l'introduction de l'instrument lithotritique. Il faut tailler encore, si la pierre est volumineuse; si la vessie, la prostate, les reins sont malades; s'il existe une affection

grave de quelques organes essentiels à la vie ; si enfin, les malades supportent depuis long-temps la présence de la pierre, et rendent une urine continuellement chargée de glaires. Le broyement ne convient que quand le malade jouit d'une bonne santé, et supporte assez bien la présence de la pierre. M. Amussat présente ensuite quelques considérations anatomiques sur la vessie; selon lui, ce viscère a une forme conique ou plutôt triangulaire; il doit cette forme à l'ouraque et aux uretères ; et de cette forme, il résulte que la vessie ne revient jamais complètement sur elle-même chez l'homme comme dans les animaux, et que la taille sus-pubienne est plus facilement praticable chez l'homme. M. Amussat termine en exposant le procédé qu'il suit dans l'opération de la taille, et en rapportant cinq cas où il l'a nouvellement employé avec succès; il est très-simple, dit-il, et facile à comprendre et à exécuter. Selon lui, les choses les plus importantes, dans l'opération par le haut appareil, sont de prévenir le passage de l'urine par la plaie, et d'empêcher le séjour de ce liquide dans un trajet large, celluleux et formant sinus ; et il croit avoir rendu un service plus important en faisant disparaître, par l'emploi d'une canule, tous les accidens de la taille sus-pubienne, qu'en démontrant la possibilité de sonder l'urètre de l'homme avec une sonde droite, et de briser les calculs vésicaux dans la vessie. (Voyez tome XV des *Archives*, page 133 et suiv.) M. Lisfranc contredit cette assertion de M. Amussat, que le broyement ne doit pas être employé au-dessous de l'âge de 9 ans, et comme preuve il cite un enfant de 7 ans opéré avec succès par M. Civiale à l'hospice de perfectionnement. Il conteste aussi la contre-indication prise dans une maladie de la prostate ; un chanoine, qui avait cet organe fortement engorgé, a néanmoins été opéré avec succès.

M. Cloquet annonce que l'homme qui a été si horriblement mutilé par les vers, et dont il a entretenu la section dans sa séance du 18 novembre, (Voyez tome XV des *Archives*, page 614), est devenu fou. Il craint que quelques vers n'aient pénétré dans le crâne par les trous orbitaires ou la fente sphénoïdale.

Section de pharmacie. — *Séance du* 15 *décembre*. — Lettre de M. Peneau, pharmacien à Bourges, qui annonce avoir expérimenté de nouveau l'action des charansons triturés avec l'huile d'olives, et appliqués sur la peau pendant 48 heures ; il n'y a pas eu d'effet vésicant, mais rubéfaction avec petits boutons, démangeaison forte et assez douloureuse. Autre lettre de M. Sampe, pharmacien à Lanbège, (Basses Pyrénées) qui apprend qu'il a conservé sans altération à l'état d'extrait sec la matière appelée par M. Ranque, *pyrothonide*, laquelle est le résultat du linge brûlé, et a été recommandée contre l'ophthalmie.

Chlorophylle des végétaux, ou fécule verte. — M. Boudet oncle fait un rapport verbal sur un mémoire de M. Magnes Lahens, relatif à cet objet : il présente plusieurs réflexions intéressantes sur la matière colorante bleue ou indigotine qui accompagne, en diverses plantes, le principe colorant vert, et sur le moyen de séparer ces substances par une fermentation.

Reproduction des sangsues. — Mémoire de M. Châtelain, pharmacien à Toulon ; rapport de MM. Virey et Derosne. M. Châtelain croit que ces annélides, qui sont pourvus des deux sexes, agissent, tantôt comme mâles, et tantôt comme femelles ; il pense que celles qui sont gorgées de sang sont moins aptes à se reproduire et à fournir des cocons, que celles qui n'ont pas été employées : il a vu une même sangsue donner deux et jusqu'à trois cocons.

Coque du Levant. — M. Boullay rapporte, qu'examinant un mélange d'alcohol et d'eau employé pour purifier la picrotoxine, il a remarqué dans ce mélange de petites aiguilles soyeuses, peu solubles dans l'eau, même chaude, et dans l'alcohol, susceptibles de se combiner avec les alkalis caustiques et de les saturer. Il croit que ces crystaux sont l'acide ménispermique qu'il avait entrevu et dont on a contesté l'existence. M. Pelletier dit que la coque du Levant contient, outre la picrotoxine, une matière particulière non encore déterminée, qu'on obtient en ajoutant aux dernières eaux mères, après l'extraction de la picrotoxine, de l'ammoniaque.

Racine de vétiver. — M. Henri père communique l'analyse qu'il a faite de la racine de vétiver (*andropogon muricatus*, L., ou *odoratus* de Weiss.), analyse qui se rapporte beaucoup à celle que M. Vauquelin a donnée dans le tome LXXII des *Annales de chimie*, de *l'andropogon schœnanthus*, L. Les élémens trouvés par M. Henri, sont ; une matière résineuse, d'un rouge-brun foncé, d'une odeur de myrrhe ; une matière colorante soluble à l'eau ; un acide organique libre ; un sel à base de chaux et de magnésie ; beaucoup d'oxyde de fer, de l'alumine et le corps ligneux. M. Henri a trouvé encore de l'amidon, une matière extractive et du sulfate de chaux. Ainsi les mêmes principes existent dans les végétaux congénères.

Momies. — M. Bonastre lit une note de M. Serullas, qui annonce avoir vainement cherché de l'iode et du brôme dans les matières salines que contiennent les momies d'Egypte. M. Planche désirerait que M. Bonastre développât les preuves de l'existence de la muscade dans les substances employées pour l'embaumement des momies ; d'autant plus, que parmi les végétaux aromatiques employés pour cet embaumement, plusieurs peuvent avoir quelques analogies avec la muscade, et que trois mille ans, qui se sont écoulés, peuvent avoir altéré ces substances organiques au point de ne pouvoir plus être déterminées.

sans quelque témérité. M. Bonastre répond que ni la gomme, ni plusieurs résines et gommes résines, ni la fécule, ni l'acide margarique n'étaient assez altérés pour être méconnus.

Séné du Sénégal. — M. Soubeiran fait connaître les expériences de M. le docteur Bally, médecin en chef de l'hôpital de la Pitié, sur l'action purgative du séné du Sénégal (*cassia obovata*). Ce séné, mêlé de ses follicules, purge moins que le séné d'Alexandrie ou d'Egypte (*cassia acutifolia*); il a purgé les femmes moins que les hommes; ses follicules seules ont fort peu d'action; en somme, son emploi en médecine est sans avantages. M. Henry dit que des essais tentés à l'hôpital St.-Antoine ont donné les mêmes résultats, mais que ce séné cependant a fourni plus d'extrait que celui d'Alexandrie.

Eaux minérales sulfureuses des Pyrenées. — Ouvrage de M. Anglada, professeur à Montpellier; rapport de M. Boudet neveu. — M. Anglada, pour expliquer la chaleur des eaux thermales, propose l'hypothèse que les couches terrestres constituent par leur superposition un appareil électro-moteur analogue aux piles voltaïques. Il reconnaît parmi les sources des Pyrénées des eaux sulfureuses thermales douées d'une chaleur qui leur est propre, et d'autres qui ne sont échauffées que par les précédentes, et qui ne possèdent qu'un calorique d'emprunt. (*La suite à une autre séance.*)

Séance du 29 *décembre.* — Formation du bureau pour l'année 1828. M. Planche est nommé président; M. Boullay, vice-président; et M. Virey est réélu secrétaire.

Eaux minérales sulfureuses des Pyrénées. — M. Boudet neveu continue la lecture de son rapport sur l'ouvrage de M. Anglada, professeur à Montpellier, relatif aux eaux minérales sulfureuses des Pyrénées. Le 2.e mémoire de ce médecin traite de la matière glaireuse que ces eaux entraînent, matière remarquée par Bayen à Bagnères de Luchon, par Bordeu dans la plupart des autres eaux sulfureuses, appellée *barégine* à Barrèges, ailleurs *glairine*, *plombiérine*, et qui selon M. Anglada, est une substance pseudo-organique. M. Vauquelin, dans son analyse des eaux de Plombières, dit qu'elle est une substance très analogue à la gélatine et à l'albumine animale, et fournissant à l'analyse des produits azotés. M. Guimbernat en signala en 1815 dans les eaux de Baden, et en 1818 aux sources d'Ischia (royaume de Naples), une qui était concrétée, rougeâtre, d'une texture jusqu'à un certain point comparable à celle de la chair musculaire, et donnant aussi au feu des produits azotés. M. Anglada conteste le rapprochement que des botanistes ont voulu faire de la glairine et des conferves, des tremelles, des arthrodiées; il dit que c'est une substance créée chimiquement de toutes pièces, et entraînée des couches profondes de la terre, à travers les terrains primitifs. Desséchée, elle ne

représente que la 60.e ou même la 100.e partie de sa masse. Elle n'a pas la propriété de coller, est susceptible de décomposer plusieurs sels métalliques, sature l'ammoniaque, et acquiert des couleurs diverses par différens réactifs; en se putréfiant, elle exhale une odeur faiblement putride; cependant, quand les eaux sulfureuses se gâtent, elle paraît accroître leur putrescibilité; certaines eaux en contiennent plus que d'autres. M. Anglada la dit une substance peu animale et non organisée, qu'elle se présente sous la forme de flocons, de filamens demi-opaques, filandreux, ou sous celles d'un mucus, de membranes, de fibres, de masses en zône, de stalactites, qu'elle soit d'une teinte blanche, ou rouge sanguin, etc. Inodore, insipide dans son état naturel, elle paraît servir par fois de réceptacle à des animalcules microscopiques, qui peuvent lui imprimer une configuration organique. M. Anglada cherche à expliquer comment l'hydrogène, l'azote, l'oxygène, à l'état naissant et sous de hautes pressions, au sein des couches profondes de la terre, peuvent avec le carbone former des composés quaternaires, analogues aux substances organiques; il s'appuie de diverses expériences de Doebereiner et de M. Bérard de Montpellier, qui ont formé de toutes pièces, par des moyens chimiques, des matières gélatineuses et grasses; il se fonde sur ce que des eaux sortant du granit primitif, comme celles de Baden, de Carlsbad, ont présenté de la glairine, sans présenter aucuns matériaux organiques. Dans un 3.e mémoire, M. Anglada recherche en quel état est l'alkali dans les eaux sulfureuses des Pyrenées; et selon lui, il y est à l'état de carbonate. Ce rapport provoque quelques remarques. M. Caventou annonce que la glairine diffère de l'albumine, en ce qu'elle ne prend pas comme celle-ci une couleur bleue par l'acide muriatique. M. Robiquet lui oppose que de la glairine apportée de Vichy par M. Darcet, et examinée par M. Vauquelin, a offert ce caractère; M. Caventou répond que la glairine, dans ce cas, était probablement altérée, mais qu'il est sûr que cette glairine pure n'est pas colorée en bleu par l'acide hydro-chlorique. M. Laugier objecte encore que du blanc d'œuf séché, après avoir éte précipité par l'alcohol, n'a pas bleui par l'acide hydro-chlorique, mais a pris une nuance rose comme la fibrine; M. Caventou répond encore qu'il faut agir avec l'albumine dans son état glaireux, et que la fibrine se comporte de même qu'elle par l'acide hydro-chlorique; il croit avec M. Serullas, que dans l'expérience de M. Laugier, l'albumine était altérée. M. Robiquet dit que M. Colin, ayant essayé l'albumine de l'œnf pour ferment avec le sucre, il recueillit, en filtrant le liquide, une matière bleue qui était l'albumine, ainsi colorée sans l'emploi de l'acide hydro-chlorique. M. Henry fils oppose encore qu'il a obtenu, par l'action de cet acide, la coloration en rose d'une matière albumineuse extraite d'un liquide

d'hydropique. M. Boullay combat l'idée de M. Anglada, que la glairine est plutôt formée par des actions chimiques que par l'organisme, en rappelant que M. Nicolle, pharmacien, a recueilli sur les rivages de la mer cette matière gélatiniforme avec des fucus. MM. Pelletier et Virey soutiennent aussi l'opinion que cette glairine est une substance organique végétale, principalement analogue aux tremelles.

Mylabre de la chicorée. — M. Virey lit une note sur le mylabre de la chicorée, coléoptère employé jadis en place des cantharides comme vésicatoire par Hippocrate et les anciens médecins, et encore usité de nos jours en Orient, en Grèce et à Naples. Les Chinois se servent du *mylabris pustulata*, espèce voisine; et M. Bretonneau, médecin à Tours, vient d'adresser à M. Duméril un mémoire sur l'usage du *mylabris cichorii*, trouvé aux environs de Tours; c'est une variété de l'espèce nommée *mylabris variabilis*, par M. Dejean, et M. Bretonneau y a reconnu de la cantharidine. A l'occasion de cette note, M. Boudet oncle rappelle qu'il a fait recueillir aussi des mylabres dans l'expédition d'Egypte, pour s'en servir comme de cantharides.

— On se rappelle que M. le secrétaire-perpétuel de l'Académie royale de Médecine, a imprimé sous le titre *d'Eclaircissemens communiqués à l'Académie en réponse aux allégations consignées dans le rapport de la commission Chervin*, une défense de ses opinions personnelles sur la nature contagieuse de la fièvre jaune de Barcelone, et une sorte d'attaque directe contre la manière de procéder adoptée par cette même commission. La discussion ayant été fermée sur le fonds de la question en litige, M. Coutanceau, rapporteur, a pris la parole dans la séance du 8 janvier, pour défendre le rapport et la conduite de la commission dans cette importante affaire. Voici à-peu-près en quels termes s'est exprimé cet honorable académicien :

MESSIEURS,

L'Académie ayant fermé la discussion sur le rapport que j'ai eu l'honneur de lui présenter au nom de la commission chargée d'examiner les documens recueillis par M. Chervin sur la contagion de la fièvre jaune, c'est aujourd'hui un devoir et un droit pour le rapporteur de justifier devant vous le mode de procéder adopté par votre commission, et de défendre les conclusions sur lesquelles vous allez avoir à délibérer.

Quant au premier point, j'espère que notre justification sera facile, malgré les critiques animées dont nous avons été l'objet. Déjà la nature de notre mission a été assez longuement débattue au milieu de cette enceinte, pour que je regarde comme inutile de reproduire

à vos yeux les motifs qui nous ont tracé la marche que nous avons suivie. Notre honorable confrère M. Double vous a prouvé, les lettres ministérielles à la main, que, dans les circonstances où elle avait été formée, la commission avait envisagé sous son véritable point de vue la question qui lui était soumise, en se bornant à l'examen et à l'appréciation isolée des documens recueillis par M. Chervin. Nous n'avons fait en cela que suivre la direction qui nous a été imprimée par l'autorité. Mais si vous vous décidez, suivant la proposition qui vous en a été faite dans notre avant-dernière séance, à aborder franchement une seconde question d'un intérêt beaucoup plus grand, celle de la contagion de la fièvre jaune considérée d'une manière générale, vous aurez pris le seul moyen d'arriver à un résultat décisif impatiemment attendu par la science, par l'humanité et par le commerce.

Cependant, Messieurs, une accusation d'une nature plus grave que celle qui ne portait que sur une erreur de jugement, est venue affliger les membres de votre commission; car la nature de ce reproche pouvait faire supposer en eux un manque d'égard et de délicatesse envers plusieurs de nos confrères, dont les opinions étaient attaquées par M. Chervin et les récits accusés d'infidélité. M. le secrétaire-général s'est rendu l'interprète peu mesuré de ces reproches adressés à neuf d'entre nous, qui, dans la position délicate où ils se trouvaient placés, ont constamment agi et pensé avec la plus parfaite unanimité de sentimens, sans qu'on puisse raisonnablement leur supposer aucun désir de nuire à des confrères estimables dont nous avons nous-mêmes proclamé le mérite et l'honorable dévouement. Quoi qu'il en soit, Messieurs, dans une accusation de cette espèce le témoignage de notre conscience ne saurait nous suffire; nous nous sentons pressés par le besoin de reproduire cette partie de notre défense devant l'Académie, et de la bien convaincre que notre conduite, dans toute cette affaire, a été impartiale et raisonnable.

Ce qui paraît avoir blessé le plus vivement notre confrère M. Pariset, c'est le parti que prit la commission de ne pas l'appeler dans son sein, où son titre de secrétaire-perpétuel lui donnait d'ailleurs le droit de se présenter de lui-même : c'est le refus de faire usage des renseignemens qu'il paraissait désireux de donner sur les événemens de Barcelone, et sur les assertions contenues dans les documens Chervin. M. Pariset se croyait inculpé, et comme tel il réclamait en quelque sorte le droit de se défendre. Mais convenait-il à des confrères, à des amis, de l'entendre à titre d'accusé? Une pareille position eût-elle été digne de M. Pariset, et quel est celui de nous qui eût jamais consenti à s'établir son juge? D'ailleurs, Messieurs, les opinions de M. Pariset n'étaient pas les seules attaquées par les do-

cumens Chervin ; plusieurs autres médecins estimables, M. Audouard entre autres, se trouvaient également compromis. Fallait-il aussi l'inviter à se rendre au milieu de votre commission, pour y défendre les assertions contenues dans ses écrits ? Non, sans doute, diront quelques personnes, M. Audouard n'appartient pas à l'Académie ; mais s'il s'est agi, comme on l'a dit, de rendre justice, le titre d'académicien n'y fait rien, car la justice est due à tout le monde (1). Enfin, M. Chervin à son tour n'aurait pas manqué de réclamer avec raison la faculté de soutenir son dire et de répondre aux objections et aux dénégations qu'on devait lui adresser. C'eût donc été établir dans la sein de la commission un débat d'individu à individu ; c'eût été y introduire des accusés et l'ériger en tribunal. La commission a sagement refusé une situation aussi pénible et aussi périlleuse.

C'est au milieu de vous, Messieurs, que la lutte des opinions devait s'établir, et que les membres de la commission de Barcelone avaient à soutenir l'exactitude des faits par eux avancés. Vous avez entendu M. le secrétaire-perpétuel portant la parole au nom de ses collègues ; vous avez eu sous les yeux sa réponse à l'attaque dont ses opinions ont été l'objet, et vous avez pu juger par là de la difficulté d'arriver à une solution définitive sur un grand nombre de points contestés. Cette défense de M. Pariset, qu'il nous a reproché avec tant d'amertume de n'avoir point écoutée dans le sein de notre commission, a-t-elle, je le demande, porté une telle conviction dans vos esprits, qu'il ne vous reste plus aucun doute sur la fausseté d'une partie des documens Chervin, et sur le peu d'importance du reste ? Je ne saurais le croire, Messieurs, car M. Pariset lui-même avoue qu'il a pu se tromper sur certains faits relatifs aux évènemens de Barcelone ; il indique les causes possibles de son erreur dont nous avons nous-mêmes cherché à le justifier par le trouble et le désordre inséparables d'une pareille calamité. S'il entre dans le détail de ces évènemens, il reconnaît qu'il ne peut souvent qu'opposer documens à documens, autorité à autorité, car M. le secrétaire-perpétuel n'a pu sans doute vérifier par lui-même la plupart des rapports qui lui parvenaient sur les faits de contagion ou de non-contagion qu'on disait avoir été observés dans le port, dans la ville, dans les

(1) M. Audouard avait reçu du gouvernement, comme M. Pariset, l'honorable mission d'observer l'épidémie de Barcelone, et il l'a remplie avec non moins de zèle. Attaqué par les documens Chervin, ainsi que M. le secrétaire-perpétuel, pour ses opinions consignées dans un écrit en quelque sorte officiel, il est évident qu'il avait les mêmes droits à faire entendre sa demande par la commission chargée de l'examen de ces documens.

divers établissemens publics, et jusques dans les villes et villages qui avoisinent Barcelone. Par exemple, sur le fait de la mort de la famille du capitaine Sagréra, M. Pariset expose très-bien les raisons qu'il a eues de croire les morts certaines, par la déclaration du contre-maître du *Grand-Turc*, mais il reconnaît en même temps qu'aujourd'hui il faut rester dans le doute sur cet évènement attesté par ce contre-maître et nié par le capitaine du port M. Rafaël Mas. Quant au fait relatif à M. Saforcada, sur une introduction de laines de Vigogne, M. Pariset oppose à l'acte notarié signé par ce négociant, une autorité qu'il dit irrécusable, mais qu'il ne fait pas connaître. Même incertitude par rapport aux pêcheurs isolés sur la plage. M. Pariset lui-même nous dit de choisir entre les renseignemens qu'il a reçus de l'alcade et ceux que M. Chervin a obtenus du capitaine du port. Au surplus, il déclare que lui ni M. Chervin n'ont rien vu de tout cela. Qui en doute ?

On assure que depuis l'impression du rapport de la commission et de la réponse de M. Pariset, de nouveaux documens arrivés de Barcelone tendent à modifier les assertions contenues dans ceux qui nous ont été primitivement fournis par M. Chervin, sur l'histoire de ces pêcheurs et celle du capitaine du *Grand-Turc*, pourrait-on en conclure que sur ces deux faits importans, la vérité tout entière est connue et qu'il n'y a plus rien à débattre ? Non sans doute ; ces questions sont loin d'être résolues par ces nouveaux incidens, et quand elles le seraient, n'en laissent-elles pas subsister une multitude d'autres, controversées de la même manière par M. Chervin, et sur lesquelles M. Pariset n'ose pas se prononcer avec la même conviction qu'il annonçait quand il a écrit son ouvrage ? J'omets aussi de parler, comme étant inutile à la seule question qui doive être en ce moment débattue, de plusieurs citations inexactes consignées dans la réponse de M. Pariset à notre rapport, dont le manuscrit et les épreuves ont demeuré assez long-temps entre ses mains pour nous donner le droit d'exiger de sa part plus d'exactitude.

Quant à la manière de raisonner de notre honorable confrère sur les moyens d'arriver à un résultat décisif, touchant la question de savoir si la fièvre jaune de Barcelone a été contagieuse, il me semble qu'il y a lieu de combattre avec avantage le système que M. Pariset s'est fait à cet égard. Selon lui, en effet, les cas négatifs ne prouvent rien. Grande erreur quand ils sont nombreux, et qu'ils infirment des cas positifs cités en preuve du fait de la contagion. Quelle autre raison avons-nous de penser qu'une maladie quelconque n'est pas contagieuse, si ce n'est une expérience très-souvent renouvelée qu'un individu qui en était atteint ne l'a communiquée à personne ?

En revanche, notre honorable confrère insiste beaucoup et revient

à tout propos, comme pour frapper vivement notre imagination, sur le nombre prodigieux des morts qui a signalé l'épidémie de Barcelone, ce qui, selon nous, ne prouve absolument rien sur la cause de la mortalité. Qui ne connaît une foule d'exemples d'épidémies excessivement meurtrières, qui devaient leur existence à des causes locales ou à des circonstances particulières, et dont on n'a jamais songé à accuser un germe exotique de contagion ? Les livres de l'art sont pleins de ces sortes d'histoires. Quant aux erreurs de date qui auraient pu être commises par lui, et dont il cherche peu à se défendre, M. Pariset traite de minuties et de questions oiseuses toutes les querelles que lui fait M. Chervin à ce sujet. Nous ne saurions adopter cette manière de juger. Les remarques sur la date de telle mort, de tel évènement dont on a voulu inférer des preuves de contagion, acquièrent au contraire beaucoup d'importance quand elles tendent à faire penser que les évènemens et les morts sont séparés par un intervalle de temps assez grand, pour qu'il soit impossible de supposer qu'il ait existé entre eux aucun rapport de cause et d'effet.

J'ignore enfin, Messieurs, comment il se pourrait que M. Chervin eût mille fois raison, sans que M. Pariset eût tort, comme il le dit, une seule fois, quant à la question principale ; car quelque désir que l'on ait de se tenir dans la sphère des généralités, par cela seul qu'on a cru nécessaire de citer une multitude de faits particuliers pour appuyer le système de la contagion, il faut bien reconnaître que ce système lui-même est attaqué dans sa base toutes les fois que les faits de détails sur lesquels il repose, sont eux-mêmes controversés, niés ou expliqués avec vraisemblance à l'aide d'un système contraire.

La discussion est donc bien engagée dans sa véritable direction entre M. Pariset et M. Chervin. Ce dernier, en attaquant la plupart des faits de contagion allégués dans le rapport de la commission de Barcelone, a suivi la véritable voie pour arriver à la ruine du système de ses adversaires. Nous saurons plus tard s'il a réussi ; mais ce qui prouve manifestement que votre commission ne pouvait pas décider d'une manière absolue et par sa propre conviction, entre M. Chervin et M. Pariset, et que la discussion, que notre honorable confrère voulait établir au milieu de nous, aurait été inconvenante sans amener aucun résultat utile, c'est que cette discussion portée, comme elle devait l'être, devant vous, Messieurs, a été, permettez-moi de le dire, presqu'entièrement stérile quant au fond de la question posée par l'autorité. Au lieu des débats auxquels on s'attendait sur les évènemens de Barcelone, nous avons eu le plaisir d'entendre des dissertations, sans doute intéressantes, sur la contagion ou la non contagion de la fièvre jaune considérée en général, mais qui par cela même ne s'adressaient point au rapport soumis à votre jugement.

Ce rapport donc n'a pas été véritablement discuté ; et si j'ose vous en dire la raison, Messieurs, c'est qu'il ne pouvait pas l'être ; c'est que vous n'aviez pas à votre portée des moyens suffisans de discussion. Votre commission, qui n'en avait pas davantage, n'a pu vous donner que l'analyse exacte et méthodique des documens Chervin. Elle s'est bornée, comme elle le devait, comme elle était forcée de le faire, à les mettre dans tout leur jour, et à les rendre intelligibles pour tout le monde en les rapprochant des assertions qu'ils tendent à infirmer. Mais pour les vérifier, pour les juger, il faudrait qu'une nouvelle commission d'enquête se rendît à Barcelone, puisque M. Pariset lui même hésite sur la valeur réelle d'un grand nombre d'entr'eux. Jugez maintenant si votre commission, si sévèrement blâmée d'avoir présenté des analyses de pièces exemptes de toute critique, est coupable pour n'avoir pas fait ce que vous ne pouviez faire vous-mêmes, ce qu'il serait impossible que personne fît à la distance où nous nous trouvons des événemens et des lieux.

Relativement aux conclusions que nous avons tirées de notre long et pénible travail, ce sont les seules, selon nous, qu'il soit possible d'admettre dans l'état présent des choses. On ne pouvait faire moins ; il eût été imprudent de faire plus. La question des lazarets étant écartée, et celle de la contagion de la fièvre jaune en général n'étant pas alors posée, il a fallu nous borner à reconnaître l'importance des documens Chervin, et l'influence qu'ils sont de nature à exercer sur la solution qui arrivera un jour. En prenant ce parti, nous avons cru faire tout ce qui était en même temps possible et juste.

De ce que M. Chervin a dit que la commission de Barcelone avait eu tort, nous n'avons point conclu, ainsi que nous en accuse M. Pariset, qu'en effet elle a eu tort ; nous n'avons point, ainsi que l'a imprimé notre honorable secrétaire-perpétuel, *adopté et converti en autant de vérités démontrées* tous les documens de M. Chervin, car il n'est pas en notre pouvoir d'en certifier ni d'en démentir un seul. Mais, quoique nous n'ayons pas les moyens de juger en particulier de leur exactitude et de les apprécier tous avec justice, il nous a paru impossible qu'une masse aussi imposante de faits et d'opinions recueillis dans les deux mondes, et presque tous favorables au système de la non contagion, pussent être sans valeur dans le procès qui s'instruit en ce moment devant vous et devant le public. En accordant à cet immense travail de M. Chervin une grande importance, nous n'avons fait qu'exprimer ce qui est résulté pour nous de l'examen attentif de toutes les pièces qui ont passé sous nos yeux.

Songez bien, Messieurs, qu'il ne s'agit pas seulement ici de l'affaire de Barcelone et des intérêts privés qui s'y rattachent, ni même des épidémies qui ont eu lieu sur les autres points de l'Espagne, et qui

n'ayant été vues ni de M. Pariset ni de M. Chervin, peuvent être jugées sur le rapport d'autrui sans faire insulte à aucun de ces médecins ; il s'agit de l'Amérique presque entière, où la fièvre jaune est endémique, et où la non-contagion reconnue aujourd'hui par l'immense majorité des médecins de ce pays, est même avouée par quelques-uns des plus ardens contagionistes d'Europe. Ne vous laissez donc pas influencer, dans le jugement que vous allez porter, sur le mérite des documens que M. Chervin est allé recueillir dans les deux hémisphères, par ce qu'a dû avoir de pénible pour vous une discussion qui a ouvert la porte à des personnalités affligeantes, et dans laquelle trois membres de cette Académie, que nous honorons tous, ont trouvé bien malgré nous une occasion de déplaisir et de contrariétés dont, nous l'espérons, il leur sera facile de se consoler par le souvenir d'une gloire ancienne et méritée.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Nutrition du Fœtus. — M. le docteur Lee s'est livré à des recherches sur la nutrition du fœtus durant la gestation, et ses observations portent à croire que, pendant la durée de la vie utérine, le foie secrète un fluide qui est destiné à cet usage. Suivant ce physiologiste, depuis le troisième mois de la grossesse jusqu'à la fin du neuvième, on trouve constamment dans l'estomac du fœtus un liquide limpide, muqueux, acide, et dans lequel on ne rencontre jamais aucune matière albumineuse ou nutritive. Au contraire, la moitié supérieure de l'intestin grêle renferme toujours une espèce de bouillie formée d'albumine pure, et présentant des propriétés physiques et chimiques absolument semblables à celles du chyme chez les adultes. Cette matière pultacée ne se trouve qu'en très-petite quantité dans la moitié inférieure de l'intestin grêle ; le méconium se rencontre exclusivement dans le gros intestin. Ce qui mérite le plus d'être remarqué, c'est que le canal hépatique contient de l'albumine pure, c'est-à-dire, une substance pareille à celle qui existe dans le duodénum. On peut donc tirer delà cette conséquence importante ; savoir, que le foie est, à cette époque, chargé de secréter le liquide nutritif nécessaire à l'entretien et à l'accroissement du fœtus, liquide qui est versé dans l'intestin grêle où il est pris par les organes de l'absorption. (*The medico-chirurgical Review*, octobre 1827.)

Dentition triple. — Isabel, femme Domingo Morelli, d'une taille élevée et d'une conformation parfaite, avait toujours joui d'une ex-

cellente santé. Elle avait seulement été atteinte de quelques douleurs de dents qu'on avait fait disparaître à l'aide des émissions sanguines. Mère de quatre enfans, toutes ses grossesses et ses accouchemens avaient été heureux, quand, au mois de mars 1821, se trouvant encore en état de gestation, elle fut de nouveau prise d'une odontalgie dont elle rapporta le siège vers les deux dernières molaires gauches. L'extraction de ces deux dents mit fin aux maux qu'elle endurait. Au mois d'octobre suivant, les douleurs reparurent et furent suivies de la sortie de deux molaires qui remplacèrent celles que l'on avait enlevées. Mais ces dents, très-saines et très-belles, étant restés vacillantes et la gênant considérablement, elle fut contrainte de les faire arracher. Enfin, le 16 juin dernier, une odontalgie inflammatoire se déclara et fut vainement combattue par tous les moyens appropriés; le surlendemain, toutes les douleurs avaient cedé, et la malade reconnut que de nouvelles molaires commençaient à se montrer dans les points qu'avaient occupés les précédentes. (*Diario de las ciencias medicas*. 1827, *Barcelona*.)

ORGANISATION ET FONCTIONS DE LA RATE.—M. Strauz, ayant, en 1817, soumis au microscope des filets du réseau fibreux de la rate d'un éléphant mort à cette époque au jardin des Plantes, ne put reconnaître dans ces filets les caractères qui sont propres au tissu fibreux ou vasculaire. Quelques-uns d'entre eux présentaient une demi-ligne de diamètre et furent ouverts; mais au lieu de les trouver canaliculés, comme il l'avait pensé jusque-là, il remarqua qu'à l'intérieur ils renfermaient une matière pulpeuse tout-à-fait analogue à celle que l'on rencontre dans les nerfs, et cette découverte le conduisit naturellement à considérer la rate comme un plexus dépendant du système nerveux ganglionaire.

M. Jules Arthaud, auquel il fit part de cette idée, il y a quelques mois, a entrepris une série d'expériences nouvelles pour observer les faits annoncés par M. Strauz, et s'assurer de leur exactitude. Voici les résultats qu'il a obtenus (nous le laissons parler):

« 1.° Dans les animaux vertébrés, l'existence de la rate est toujours liée à celle du système nerveux;

» 2.° La rate ne paraît distinctement que durant le second mois de la grossesse, époque à laquelle apparaît le système ganglionaire du fœtus humain;

» 3.° La rate suit toutes les phases que les âges, la dégradation des animaux inférieurs et les monstruosités font subir au système nerveux;

» 4.° Dans les véritables cas d'acéphalie, la disparition de la rate est un fait constant;

» 5.° Les substances qui stimulent spécialement le système nerveux

de la vie organique, agissent très-fortement sur la rate qui se tuméfie sous leur influence;

» 6.° Le tissu de la rate, que je dis être *nerveux*, conserve dans un bain d'eau pure la densité qu'il a acquise précédemment dans un mélange de sept parties d'eau et d'une partie d'acide nitrique, tandis que les vaisseaux qui entrent dans la composition de cet organe se ramollissent et se putréfient; (pour faire cette expérience, il faut d'abord détacher l'enveloppe fibreuse de la rate, et enlever par des lotions répétées le sang déposé dans les mailles du tissu propre de ce viscère.)

» 7.° Des faits nombreux me permettent de rattacher à une altération de la rate un ordre de fièvres intermittentes considéré déjà par de grands praticiens comme appartenant à la classe des névroses;

» 8.° Enfin, je crois pouvoir démontrer par l'expérience et par des faits d'anatomie comparée, que la rate n'est autre chose qu'un appareil électrique faisant subir au sang une modification que je ferai connaître dans un Mémoire sur cet organe, que je me propose de lire incessamment à l'Institut, et dans lequel je donnerai l'esquisse d'une théorie nouvelle des fonctions du système nerveux (1). » (*Journal des Progrès*, VI.° vol., 1827.)

Formation, développement et vices de conformation du cœur. — M. le docteur Gendrin, ayant réuni la majeure partie des observations qui ont été recueillies sur les vices de conformation du cœur, a reconnu qu'elles étaient toutes en harmonie avec les recherches que l'on doit à Meckel, et desquelles il résulte que cet organe ne présente qu'une cavité unique dans les premiers temps de son existence, et que cette cavité se divise plus tard en une oreillette et un ventricule, qui à leur tour finissent par se subdiviser en deux autres, au moyen de cloisons médianes dont l'imperfection permet assez long-temps encore la communication des parties droites avec les parties gauches. La comparaison attentive de ces observations lui a démontré, « 1.° que les artères pulmonaires naissent primitivement de l'aorte par l'intermédiaire du canal artériel, et que plus tard seulement le tronc de l'artère pulmonaire se forme et vient s'ouvrir dans le cœur de dehors en dedans par une impulsion mécanique *à tergo;* 2.° que la communication interventriculaire ne cesse d'avoir lieu qu'après l'arrivée de l'artère pulmonaire dans le ventricule jusqu'alors unique, ou au moins biloculaire du cœur; 3.° et que les veines pulmonaires, ouvertes d'abord dans la veine cave supérieure, n'arrivent dans l'oreillette unique du cœur que par suite du développement de

(1) Nous aurons soin de donner un extrait de ce Mémoire aussitôt qu'il aura été rendu public. (*N. du R.*)

la partie supérieure de cette cavité, développement qui s'effectue aux dépens de la partie inférieure de la veine cave supérieure, et que la cloison inter-auriculaire commence seulement alors à se former. »

M. Gendrin n'a pu reconnaître de même le mode de formation des orifices auriculo-ventriculaires ; cependant en observant que les cloisons marquent les directions des différens jets de sang, et en examinant l'ordre dans lequel se développent les diverses parties du cœur, il lui semble très-probable que la formation définitive de ce viscère s'opère sous l'influence toute mécanique de ses propres contractions, transmise par le jet du sang, comme cela a lieu pour l'artère pulmonaire. Du reste, il pense que cette explication, pour être à l'abri d'objections, a besoin que de nouveaux faits viennent l'appuyer.

C'est par l'imperfection du développement successif des parties du cœur que s'expliquent parfaitement les vices de conformation congénitaux de cet organe; mais quelques variétés que présentent ces vices, il les a toujours trouvés subordonnés à certaines règles constantes qu'il a établies comme il suit :

« 1.° L'aorte et l'artère pulmonaire ne viennent jamais s'ouvrir dans les oreillettes, et il en est de même des veines caves et pulmonaires à l'égard des ventricules ; 2.° s'il existe plus d'une cavité dans le cœur, le ventricule gauche et l'oreillette droite se trouvent toujours; 3.° les veines pulmonaires ne s'ouvrent jamais dans l'aorte ou la veine cave ascendante, et on en peut dire autant des artères pulmonaires par rapport aux veines caves; 4.° l'imperfection de la cloison inter-ventriculaire, lorsqu'il en existe, se rencontre constamment à la partie supérieure de cette cloison, vers la base du cœur; 5.° le canal artériel n'est jamais oblitéré lorsque l'orifice de l'artère pulmonaire manque ou est imparfait, ou lorsque celui de l'aorte n'est pas libre ; mais dans ce dernier cas, l'artère pulmonaire offre toujours son orifice dans l'état normal; 6.° l'oblitération plus ou moins complète de l'orifice de l'aorte ou de celui de l'artère pulmonaire, s'accompagne constamment d'une ouverture dans la cloison qui sépare les ventricules ; 7.° l'imperfection de l'artère pulmonaire, lorsque ce vaisseau en présente, existe toujours du côté de son orifice cardiaque; 8.° enfin, dans les cas où le canal artériel se trouve oblitéré à l'époque de la naissance, l'aorte et l'artère pulmonaire sont complètement formées et viennent s'ouvrir dans un même ventricule; ou, si elles s'ouvrent dans des ventricules séparés, la cloison intermédiaire permet la communication de ces cavités entre elles. » (*Journal général de Médecine*, tome CI.)

TRANSPOSITION DES VISCÈRES. — Le 24 novembre dernier, M. le docteur Serres a fait voir, dans l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié,

un cas fort curieux de transposition des viscères. Le cœur, dont la pointe était dirigée à droite, avait son ventricule *gauche et postérieur* situé en avant et à droite, et son ventricule *droit* situé en arrière et à gauche. La crosse de l'aorte et la carotide primitive se trouvaient à droite, et le tronc brachio-céphalique naissait à gauche. Le poumon droit, bilobé seulement, descendait plus bas que le gauche auquel on remarquait trois lobes. La rate se trouvait dans l'hypochondre droit; l'hypochondre opposé était occupé par le foie. Le grand cul-de-sac de l'estomac se trouvait aussi dans le premier sens, et l'orifice pylorique dans le second. Le duodénum, dont la concavité était tournée vers l'hypochondre droit, était placé à gauche, ainsi que le cœcum, l'appendice iléo-cœcale et le colon ascendant; à droite se trouvaient le colon descendant et la portion iliaque de cet intestin.

Un cas analogue, observé par Morand, a été consigné dans le *Recueil d'observations chirurgicales de Saviard*, pag. 389, obs. CXII. (*Nouv. Biblioth. médic.*, décembre 1827.)

PHÉNOMÈNES ORGANIQUES SINGULIERS DÉVELOPPÉS PAR UNE SORTE D'IMITATION. — Une jeune dame, enceinte pour la première fois, eut un accouchement très-douloureux et très-long, auquel assista sa mère âgée de 48 ans et qui n'était plus réglée depuis quatre ans, mais qui avait conservé une de ces susceptibilités nerveuses *maladives*, si communes parmi les femmes qui habitent les grandes villes. Cette dame, témoin des douleurs que ressentait sa fille, en fut vivement émue, et ne tarda pas à en éprouver d'analogues et qui se prolongèrent assez long-temps. Quatre à cinq heures après la terminaison de l'accouchement, elle eut une perte qui continua pendant plusieurs jours, s'arrêtant et recommençant à des intervalles plus ou moins éloignés. Le troisième jour, à dater de l'apparition de cette perte, les seins se gonflèrent légèrement, et devinrent sensibles et douloureux au toucher; puis on vit sortir du mamelon un liquide lactescent qui coula pendant cinq à six jours. Enfin, la perte disparut, le gonflement des seins se dissipa, et cette dame, de retour à la santé, ne vit plus rien et ne ressentit plus aucune espèce d'incommodité de ce genre.

Cette observation a été recueillie par le docteur Pichon, il y a cinq mois environ. Le docteur Paillard a récemment entretenu la Société de médecine-pratique d'un cas analogue. (*Journal des Progrès*; VI.ᵉ vol. 1827.)

Pathologie et Thérapeutique.

FRACTURE TRANSVERSALE DU STERNUM SURVENUE DANS LES EFFORTS DE L'ACCOUCHEMENT. — *Observation recueillie par MM. Comte et Martin.* — Marie-Magdeleine Pacton, âgée de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, et enceinte

pour la première fois, ressentit tout-à-coup, pendant les grands mouvemens auxquels elle se livra dans les derniers momens de l'enfantement, une douleur violente au milieu de la poitrine, et bientôt après les mouvemens inspiratoires furent douloureux.

Les jours suivans, la malade tousse, expectore une abondante quantité de matières jaunâtres, et ressent des douleurs très-vives vers la partie moyenne et supérieure de la région sternale; fièvre; respiration plus difficile et plus douloureuse; les doigts appliqués sur le sternum déterminent un mouvement contre-nature entre les deux pièces supérieures de cet os, et, en y posant l'oreille, une crépitation manifeste est entendue. L'oppression augmente incessamment, un abcès survient, et son ouverture, qui soulage momentanément la malade, ne tarde pas à être suivie de la réapparition des douleurs avec une nouvelle intensité, de la prostration extrême des forces, et de la mort au quatorzième jour de l'accouchement.

Les recherches nécroscopiques firent découvrir une fracture transversale de la première pièce du sternum, à une ligne et demie au-dessus du cartilage qui la fixe à la seconde pièce. Un pus jaunâtre soulevait le périoste qui n'avait pas éprouvé de solution de continuité; les tégumens étaient dénudés dans une étendue de deux pouces carrés, et plusieurs esquilles se faisaient remarquer dans l'intervalle des deux fragmens de l'os. Tous les autres organes thoraciques étaient dans un état d'intégrité parfaite. (*Revue médicale*, novembre 1827.)

Commotion du globe de l'oeil. — Le docteur Th. Guibert a recueilli plusieurs observations d'après lesquelles il paraît que les commotions du globe oculaire déterminent fort souvent, outre une vive inflammation de la conjonctive, une paralysie incomplète et passagère du nerf optique et de la rétine, ce qui explique la dilatation et l'insensibilité de la pupille. Quelquefois l'iris se trouve éraillé de telle sorte que, si cet état persistait plus long-temps, il pourrait être considéré comme une lésion de structure de cette membrane: enfin, il est des cas où l'ébranlement éprouvé directement par le globe de l'œil se transmet au *sensorium*, et donne naissance à des symptômes cérébraux, tels que étourdissemens, perte de connaissance, mouvemens convulsifs, etc. Delà, M. Guibert se croit fondé à considérer ces commotions comme offrant la plus grande analogie avec celles du cerveau, analogie à l'appui de laquelle vient encore se joindre la similitude des traitemens à employer, puisque, dans ces deux ordres d'affections, les antiphlogistiques, les évacuans, les dérivatifs, sont les moyens thérapeutiques dont l'administration bien rationnelle peut donner les résultats les plus avantageux. (*Journal Complémentaire*, décembre 1827.)

Ophthalmie produite par l'introduction d'un cil dans le point

LACRYMAL SUPÉRIEUR. — Un jeune étudiant en médecine était depuis plusieurs jours tourmenté par une douleur assez vive de l'œil droit, douleur qu'accompagnait beaucoup de rougeur. M. Dupuytren, en examinant l'œil malade, reconnut dans un cil recourbé la cause du mal, et en fit l'extraction sur-le-champ. Mais cette extraction ayant eu lieu sans efforts et sans douleurs, il douta que ce poil eût été implanté, et le commencement si rapproché de la maladie venant encore ajouter à ses doutes, il examina plus attentivement, et remarqua que le cil avait été retiré du point lacrymal supérieur dont l'orifice était rouge, tuméfié et dilaté. (*Répertoire d'anatomie.*)

INFLAMMATION LEUCORRHOÏQUE PRODUITE PAR LA PRÉSENCE D'UN CORPS ÉTRANGER DANS LE VAGIN.—Anne Gui..., âgée de 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu se disant atteinte d'un cancer à la matrice. Les douleurs qu'elle y ressent sont lancinantes, elle éprouve un sentiment de pesanteur au fondement, et un écoulement d'urine, de sang, de pus et de mucus a continuellement lieu par le vagin.

Le doigt porté dans ce canal fait reconnaître, à deux pouces de profondeur à-peu-près, un corps solide, raboteux, que l'on prend pour un calcul.

La malade annonce qu'il y a neuf ans, deux militaires, après l'avoir violée, lui ont introduit une pierre dans le vagin, et que depuis lors elle a commencé à ne plus uriner que goutte à goutte, et qu'elle a ressenti des douleurs très-vives dans le principe, mais qui ont fini par se calmer.

Enfin, c'est après huit ans que les accidens ont reparu. Elle a de la fièvre, et est tourmentée par des palpitations et de l'insomnie; elle éprouve de la répugnance pour les boissons, et se sent un appétit vorace; l'écoulement de la vulve est sanieux et fétide; les reins et le bas-ventre sont le siége de douleurs violentes qu'augmente encore la position assise; les pieds sont œdématiés.

M. Dupuytren procède à l'extraction du corps étranger que l'on reconnaît être un *pot à pommade*, dont la surface est incrustée d'une concrétion saline.

Des injections émollientes et la diète sont opposés aux accidens qui disparaissent promptement, et trois jours suffisent pour le rétablissement de la malade. (*Répertoire d'anatomie.*)

ANUS CONTRE NATURE GUÉRI PAR UNE GROSSESSE.—*Observation recueillie par le docteur Wedemeyer.* — Une femme, âgée de trente-deux ans, était, depuis six mois, atteinte d'une fistule stercorale à la cuisse gauche. Cette fistule, résultat d'une hernie crurale gangrénée, donnait passage à la plus grande partie des excrémens. Pour la délivrer de cette incommodité, la compression fut mise en usage, mais inutilement.

La malade devint alors enceinte, et à mesure que l'utérus acquit un volume plus considérable et s'éleva davantage dans l'abdomen, la quantité des matières fécales qui sortait par la fistule diminua. Enfin, dans les derniers temps de la grossesse, du pus seul s'écoulait de la plaie, et la guérison fut complète deux mois après l'accouchement. (*Journ. für Chirurg. und Augenheilkund*, tom. IX, 1.er cah., p. 109.)

Hypertrophie du cerveau. — Un homme de 30 ans environ, peintre en bâtimens, d'une structure athlétique, et dont la raison se dérangeait de plus en plus depuis plusieurs mois, fut trouvé étendu à terre, sans mouvemens, et transporté à l'hôpital de la Charité, où il succomba quelques jours après son entrée. Pendant tout le temps qu'il y resta, il présenta les signes d'une lésion cérébrale profonde, et quelques-uns de ceux de la colique de plomb, comme la rétraction de l'abdomen et la constipation. Il n'avait conscience ni de ses paroles ni de ses actions; s'il répondait aux questions qui lui étaient adressées, c'était par monosyllabes seulement, et presque toujours sans que les mots qu'il prononçait eussent aucun rapport avec ce qui lui était demandé. Il présentait en outre une insensibilité presque générale du corps; la face seule semblait avoir conservé la faculté de sentir, ce que l'on pouvait reconnaître aux contractions que l'on déterminait en piquant ou en pinçant cette partie.

A l'ouverture du corps, les organes contenus dans les cavités thoracique et abdominale furent trouvés dans un état d'intégrité parfaite. Le cerveau, au premier aspect, n'offrait également rien de particulier; mais un examen plus attentif y fit découvrir les caractères d'une véritable hypertrophie. Les anfractuosités étaient presque entièrement effacées, et la capacité des ventricules était réduite à un tel point que ces cavités eussent pu contenir à peine une *noix*. Le poids et la consistance de cet organe étaient considérablement augmentés; il n'existait de sérosité dans aucun de ses points, et les parois des ventricules étaient immédiatement appliquées les unes contre les autres. (*Clinique*, tom. I.er, N.° 87.)

Tumeurs encéphaloïdes. — Un homme qui portait plusieurs tumeurs encéphaloïdes continues, succomba à l'hôpital Saint-Louis. A l'ouverture du cadavre, l'intérieur des cavités splanchniques offrit des dégénérations de même nature, mais celles qui occupaient l'extérieur des poumons parurent surtout remarquables. Ces tumeurs étaient fungiformes, et l'une d'elles qui, plus considérable que les autres, égalait à-peu-près le volume d'une pomme de moyenne grosseur attira particulièrement l'attention. Attachée à la surface externe du poumon par un pédicule d'un pouce de diamètre environ, elle présentait la couleur propre au tissu dont elle était formée, et semblait revêtue par la plèvre. A l'entour d'elle, le poumon était parfaitement

sain. Aucun vide ne pouvant se trouver entre ce dernier organe et les parois du thorax, il en résulte que pendant la vie du sujet, l'organe pulmonaire s'avançait jusqu'à la plèvre costale, sur la circonférence de cette tumeur qui restait ainsi logée dans la substance du viscère, sans avoir avec elle d'autre adhérence que celle de son pédicule.

La pièce, extraite de la cavité thoracique, présentait une autre disposition, et cette production excédait alors de toute sa hauteur la surface extérieure du poumon, parce que ce dernier s'était contracté en vertu de son élasticité. (*Nouv. Bibliot. méd.*, *décembre* 1827.)

Glossite. — Thomas Forder, âgé de 40 ans, fut amené à l'hôpital du comté de Winchester, dans un état vraiment effrayant. Les lèvres, largement écartées, laissaient couler une salive visqueuse excessivement abondante; la langue, trois fois plus grosse que dans l'état naturel, dépassait les dents et présentait dans tous les points de son étendue sa couleur ordinaire, excepté vers la pointe où l'on remarquait un peu de pâleur qui fut attribuée à la pression que les dents exerçaient sur l'organe tuméfié. Le malade semblait très-abattu; le pouls très-faible donnait 120 pulsations par minute; la respiration, moins gênée qu'on aurait pu le craindre, s'effectuait par les narines exclusivement, la bouche étant tellement remplie par la langue que l'air ne pouvait pénétrer par cette voie. Enfin, cet état mettait le malade dans l'impossibilité de s'expliquer, et lorsqu'on l'interrogea, il ne put qu'indiquer la tête et la poitrine comme le siége des douleurs qu'il ressentait, en portant la main vers ces parties. Sa femme, qui l'avait accompagné, donna sur le début de sa maladie les renseignemens suivans :

Rentré chez lui la veille, à cinq heures du soir, après avoir quitté son ouvrage, il semblait jouir d'une santé très-bonne; à huit heures du soir, avant de se coucher, il se plaignit d'une sensation douloureuse à la langue, et pensa que ce malaise était la conséquence d'un léger rhume; il dormit d'un sommeil fort agité, et s'éveilla vers cinq heures du matin. Il parlait alors très-difficilement, et se plaignait d'un gonflement de la langue; peu de temps après il s'endormit de nouveau, et resta ainsi jusqu'à huit heures, moment où il se réveilla et se trouva complètement privé de la parole par le volume énorme qu'avait déjà acquis la langue. Un chirurgien fut appelé, et lui conseilla de se faire transporter sans retard à l'hôpital, ce qui eut lieu sur les dix heures.

Ce fut alors qu'il fut examiné par le docteur Lesfor qui prescrivit autant de sangsues qu'il pourrait s'en attacher sur la langue : cinq grains de calomel, et une mixture cathartique furent ordonnés en même temps. Cette médecine, introduite peu-à-peu entre les commissures des lèvres et les bords de la langue, fut avalée sans beau-

coup de difficultés, et à deux heures elle avait agi. Les sangsues, appliquées à quatre reprises, ne s'élevaient qu'au nombre de douze, et cependant l'émission sanguine avait été abondante en raison du temps pendant lequel elle avait continué. A l'aide d'un tube en gomme élastique, on fit prendre au malade un thé de bœuf mêlé de lait.

A cinq heures, M. Lesfor vint s'assurer de l'état du malade, et ne trouvant aucun amendement dans les symptômes qu'il avait offerts depuis son arrivée, il pratiqua trois incisions très-grandes et très-profondes, deux sur les côtés, et une sur le revers de la langue, sans qu'elles parussent déterminer aucune douleur.

Il en résulta une hémorrhagie qui donna environ six onces de sang, et qui s'arrêta ensuite spontanément. On commença alors des applications de glace renfermée dans une vessie, et on les continua jusqu'à neuf heures; mais aucun de ces moyens ne procura de soulagement. La langue était toujours dans le même état, les glandes maxillaires se gonflèrent, et bientôt le cou fut tuméfié dans toute son étendue. La faiblesse du malade était trop grande pour qu'on pût avoir recours à une nouvelle saignée; un large vésicatoire fut appliqué sous la mâchoire, et les forces furent soutenues au moyen du thé de bœuf, du lait et de l'arrow-root.

Le lendemain à dix heures du matin, la langue n'avait point diminué de volume; le malade avait passé une nuit tranquille, mais sans sommeil. Toute la surface du corps était mouillée d'une sueur froide. La respiration n'était pas plus difficile que la veille, mais le pouls était petit et très-fréquent, les traits étaient altérés et annonçaient la plus grande anxiété; on reconnut que l'instant de sa mort était proche.

Le vésicatoire avait agi d'une manière énergique; le gonflement du cou n'était ni plus fort, ni moins considérable; seulement le malade paraissait sentir son mal. Les extrémités étaient froides, et on tenta de les réchauffer en les posant sur des bouteilles remplies d'eau chaude.

On en appliqua également sur l'estomac, et un mélange d'eau-de-vie et d'eau chaude avec addition d'ammoniaque et de camphre fut prescrit pour être administré par cuillerée, d'heure en heure.

A une heure moins un quart, le malade succomba, sans avoir perdu la faculté de sentir, et sans que le volume de sa langue eût varié depuis le moment de son arrivée.

A l'ouverture du corps, on trouva toutes les parties dans l'état sain, et on ne put découvrir la moindre lésion pathologique qui indiquât la cause de cette singulière affection. (*The Lancet.*)

MALADIES DE L'APPAREIL EXCRÉTEUR DE LA BILE.—Ces maladies ont été

l'objet des recherches de bien peu de médecins modernes. M. le docteur Bouilland, qui s'en est occupé d'une manière assez suivie, et qui en a recueilli plusieurs observations très-intéressantes, regarde ces affections comme n'étant pas, en général, susceptibles d'être spécifiées pendant la vie; la dilatation excessive de la vésicule biliaire et l'obstruction par une cause quelconque des conduits hépatique et cholédoque sont à-peu-près les seules qui puissent offrir des exceptions à cette règle. Plusieurs pathologistes parlent de coliques *hépatiques* déterminées par la présence de calculs biliaires; cependant aucun des sujets à l'autopsie desquels M. Bouillaud a rencontré de ces concrétions, n'avait ressenti de ces coliques. Les recherches de ce médecin ne lui ont rien appris de neuf sur l'étiologie et la thérapeutique de ces maladies. Il a seulement cru remarquer que leur développement et celui des affections du foie était favorisé par l'usage immodéré des purgatifs. Cependant l'action de ces substances ne s'exerce pas d'une manière immédiate sur les voies excrétoires de la bile, mais on sait avec quelle facilité l'irritation peut être transmise du duodénum aux conduits excrétoires dont il est question et au foie lui-même; et, d'un autre côté, on ne peut douter que les molécules médicamenteuses déposées sur les parois intestinales ne soient en partie absorbées par les radicules de la veine-porte, et portées par elles jusques dans le parenchyme hépatique : il est donc facile d'expliquer, dans ce cas, l'influence préjudiciable de l'abus des évacuans irritans. (*Journal complémentaire*, *décembre* 1827.)

Abcès du foie. — *Observation recueillie par M. Pinault*, *interne à l'hôpital Cochin.* — Audibert (Louise), âgée de 58 ans, valétudinaire depuis long-temps, entra à l'hôpital Cochin, après huit jours de vomissemens presque continuels. Le ventre présentait une météorisation assez considérable; toute la surface de l'abdomen était sensible à la plus légère pression; mais les douleurs les plus vives se faisaient particulièrement ressentir vers l'épigastre et la région ombilicale. A droite, au-dessous des fausses côtes, on distinguait au toucher une tumeur qui paraissait constituée par le foie. Le pouls était petit, très-fréquent; les traits de la face étaient profondément altérés.

Des sangsues, des bains, des cataplasmes, une décoction d'orge édulcorée furent prescrits; mais ces moyens furent sans succès, et la malade succomba le second jour de son entrée.

A l'ouverture du corps, on trouva les parois abdominales adhérentes au lobe droit du foie qui dépassait les côtes asternales; le colon transverse et la portion pylorique de l'estomac adhéraient aussi très-intimement à la face concave du foie et à la vésicule biliaire. Celle-ci, atrophiée, offrait un épaississement remarquable de ses parois, et un calcul était engagé dans son col. On trouva, dans l'épais-

seur du lobe gauche du foie, un abcès contenant trois onces de pus environ. (*N. Biblioth. méd.*)

Maladies du Placenta. — M. Brachet, après avoir longuement disserté sur les maladies du placenta et sur leur influence sur la vie du fœtus, se résume en disant que le placenta est susceptible d'éprouver les mêmes maladies que les autres organes, et qu'elles reconnaissent les mêmes causes que celles de ces derniers; que, parmi ces affections, l'inflammation est la plus fréquente, et que ses différentes terminaisons servent de type au plus grand nombre des autres, particulièrement aux indurations, aux squirrhes, aux dépôts et aux adhérences organiques; que les diverses espèces de concrétions, soit osseuses, soit calcaires, les hydatides, etc., ont une existence propre, tout-à-fait indépendante de l'inflammation; enfin, que ces maladies sont souvent impossibles ou du moins très-difficiles à reconnaître; mais néanmoins que l'inflammation peut être démasquée par les accidens qu'elle détermine, de manière que c'est contre elle seule que l'on peut mettre en usage un traitement thérapeutique et rationnel. (*Journ. général de Médecine*, *janvier* 1828.)

Pulsations veineuses morbides. — Une petite fille de 6 ans, d'une maigreur extrême, atteinte quatre mois auparavant d'une coqueluche dont elle n'était pas encore bien guérie, fut prise, pendant dix jours, de vomissemens bilieux, puis attaquée d'hydrocéphale aiguë. M. Charles Davis, appelé près d'elle à cette époque, 21 juin 1826, la trouva dans l'état suivant: indifférence pour tous les objets environnans; enduit jaunâtre de la langue; inappétence, céphalalgie sus-orbitaire; pupilles légèrement dilatées, mais se contractant par l'approche d'une lumière; peau chaude, sèche; pouls irrégulier (88 pulsations par minutes); déjections alvines rares, de couleur verdâtre; peau recouverte d'une éruption pourprée, noirâtre, et en outre, à la poitrine et au cou, d'une éruption miliaire. Mais ce que M. Davis observa de plus singulier chez cette jeune malade, ce fut une pulsation distincte de toutes les veines, visible dans celles des extrémités, même à plusieurs pieds de distance, et parfaitement isochrone aux pulsations des artères. Les veines offraient plus de largeur qu'elles n'ont coutume d'en avoir à cet âge, et par la compression on faisait disparaître les pulsations dans la portion du vaisseau située au-dessus du point comprimé, tandis qu'au dessous ces mouvemens devenaient plus marqués, à moins que la compression ne fût suffisante pour arrêter le cours du sang, car alors la veine se dilatait, et après quelques secondes on ne remarquait plus de pulsations.

L'impulsion du cœur avait aussi plus d'énergie qu'elle n'en a habituellement à cette époque de la vie, et en comprimant les artères, dont les pulsations étaient plus prononcées que celles des veines, on arrêtait celles de ces dernières.

La petite malade succomba le 28 juin, et fut ouverte le même jour. Les vaisseaux de la pie-mère étaient injectés, surtout à la base du crâne, et le cerveau était un peu moins consistant que dans l'état normal; ventricules contenant quatre onces de sérosité limpide; plexus choroïdes très-pâles et comme macérés. Le péricarde contenait une petite quantité de liquide séreux, le ventricule gauche du cœur était endurci et dilaté: aucune autre lésion ne put être découverte. Des injections faites avec soin ne purent faire reconnaître une communication anormale entre les artères et les veines. (*Dublin Hospital reports*.)

Expériences sur le traitement des affections produites par l'injection de matières putrides dans les veines. — De nombreuses expériences sur les animaux vivans ayant conduit MM. Leuret et Hamont à penser que la mort qui suit l'injection de matières putrides dans les veines ne peut être attribuée à une phlegmasie locale, puisqu'en effet l'examen le plus attentif des organes ne laisse découvrir la plupart du temps, dans ce cas, aucunes traces bien marquées de lésion inflammatoire, ces Messieurs ont dû naturellement se persuader que la masse du sang à laquelle la matière putride ne tarde pas à être mêlée, était la partie affectée, et qu'il en résultait une maladie générale. Cette opinion a encore été fortifiée par l'observation des affections morbides analogues que l'on rencontre chaque jour, et par la facilité avec laquelle ils sont eux-mêmes parvenus à communiquer la maladie charbonneuse au moyen de la seule transfusion. Il se sont alors livrés à la recherche des moyens curatifs à l'aide desquels on pouvait espérer de détruire les altérations du sang, et, guidés par les préceptes que nous ont transmis Mercatus, Massa, Forestus, Botal, Sydenham et autres, qui, regardant ce fluide comme le siége principal des maladies putrides, ont recommandé et employé avec succès la saignée dans leur traitement, ils se sont décidés à mettre en usage les émissions sanguines pour combattre les accidens déterminés par leurs injections.

Dans trois expériences qu'ils rapportent avec détail, des symptômes très-graves se manifestèrent sous l'influence d'un pus fétide porté dans le torrent de la circulation, et ces symptômes cédèrent promptement à la saignée pratiquée le troisième jour, et réitérée plusieurs fois pendant le cours de la maladie. Ils ont même observé que cette médication, employée le lendemain de l'injection, était plus prompte, plus efficace, que les symptômes n'acquéraient pas autant d'intensité, et que la guérison était plus rapide.

« Si nous nous demandons, disent alors MM. Leuret et Hamont, de quelle manière la saignée guérit, plusieurs répondront que c'est en agissant comme antiphlogistique. Cependant était-ce une inflammation que nous avions à traiter? La réponse à cette question se trouve dans

l'examen des symptômes et l'ouverture des cadavres des animaux dans les veines desquels on a injecté des matières putrides. Les symptômes ne sont pas ceux de l'encéphalite, de la pneumonie, de la cardite, de la gastro-entérite, etc. Les lésions que l'on rencontre après la mort ne sont le plus souvent que des ecchymoses..... Si ce n'est pas comme antiphlogistique que la saignée a pu agir dans ces cas, est-ce donc parce qu'elle a été suivie de la déplétion du système sanguin ou qu'elle a procuré l'évacuation d'une certaine quantité de sang altéré, qu'elle a amené un heureux résultat? Elle a certainement opéré cette déplétion et cette évacuation. Mais comment ces effets ont-ils contribué à la guérison? C'est un problême qu'il ne nous est pas donné de résoudre. »

Les expérimentateurs se bornent à conclure de ce qu'ils ont observé que *parce que la saignée suffit dans le traitement d'une maladie, il ne s'ensuit pas que cette maladie soit de nature inflammatoire*. Enfin, ils terminent par cette réflexion : « On saignait autrefois pour évacuer le sang malade, on saigne aujourd'hui pour faire avorter ou combattre l'inflammation; dans des circonstances semblables, la pratique reste donc la même pour tous les médecins instruits. L'explication diffère, mais les succès sont aussi nombreux, parce que, comme le remarque judicieusement Baglivi, ce ne sont point les hypothèses qui guérissent, mais les remédes dont l'expérience a demontré les vertus. » (*N. Bibliot. méd.*, *décembre* 1827.)

APOPLEXIE GUÉRIE PAR L'OUVERTURE DE L'ARTÈRE RADIALE—*Observation recueillie par le docteur G. N. Stedmann*, *de Sainte-Croix*. — Une négresse, âgée de 50 ans environ, fut atteinte d'apoplexie le 12 janvier 1826. Les veines du bras droit et du bras gauche furent successivement ouvertes, mais sans donner de sang. On se décida alors à pratiquer l'artériotomie; on ouvrit l'artère radiale droite, vers le poignet, et on en laissa couler quarante-deux onces de sang. On fit agir en même temps sur la peau et le canal digestif à l'aide de quelques dérivatifs, et au bout de trois jours la malade avait recouvré la santé. L'ouverture de l'artère se cicatrisa très-facilement et sans qu'il survint aucun accident. (*The Philadelphia journal.*)

AFFECTION SPASMODIQUE GUÉRIE PAR L'APPLICATION DU CAUTÈRE ACTUEL. —*Observation recueillie par le docteur Bigot.* — Une blanchisseuse, âgée de 32 ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, également susceptible au moral et au physique, ayant toujours été d'une santé chancelante, et très-irrégulièrement menstruée, après avoir éprouvé de violens chagrins, fut prise subitement de hoquets très-forts et très-multipliés, qui duraient presque toute la journée, et cependant disparaissaient quelquefois pendant plusieurs heures de suite. Ils cessaient lors du sommeil, mais pendant la veille ils étaient générale-

ment exaspérés lorsque la malade se livrait à des occupations pénibles.

C'est dans cet état que cette femme se présenta à la clinique de M. Dupuytren. Les hoquets étaient tels que les assistans en étaient fatigués. M. Dupuytren, reconnaissant un affaiblissement considérable de la sensibilité nerveuse dans la partie qui était le siége du mal, prit le parti de la combattre par les toniques les plus énergiques, et le cautère actuel fut celui qu'il choisit. Armé d'un fer rouge aplati, de forme ovale, d'un pouce de diamètre dans un sens, et d'un pouce et demi dans l'autre, il l'a d'abord placé vis-à-vis l'appendice xyphoïde, et a produit la rubéfaction en le tenant, pendant cinq à six minutes, à deux ou trois lignes de distance. Il a ensuite appliqué le fer sur la même partie à plusieurs reprises, et en le retirant aussitôt; enfin il l'y a maintenu pendant quelques instans. La peau seule a été désorganisée, et le cautère employé ainsi successivement comme objectif, récurrent et inhérent, a de suite arrêté les hoquets.

Quinze jours après cette cautérisation, la femme revint à l'Hôtel-Dieu, et on apprit d'elle qu'elle était entièrement guérie de son mal; elle n'avait plus qu'un ou deux hoquets par jour, mais ils étaient très-faibles, ne faisaient entendre presque aucun bruit, et même ils n'étaient pas revenus régulièrement tous les jours. (*Clinique des hôpitaux*, *tom.* 1, N.° 92.)

Il y a dix ans environ, un cas semblable s'était présenté dans le même hôpital. M. Dupuytren l'avait traité de même et avec un égal succès.

Effets des ligatures circulaires dans le traitement de diverses maladies. — M. le docteur Bourgery, après avoir examiné d'une manière fort étendue l'emploi qu'ont fait les anciens des ligatures circulaires des membres dans divers cas pathologiques, après avoir exposé les effets qu'elles produisent, selon qu'elles ont pour objet d'apporter un obstacle à la circulation artérielle ou à la circulation veineuse, donne huit observations d'affections différentes, fièvres intermittentes, asthme convulsif, apoplexie, hystérie, épistaxis et hémoptysie, guéries par ce moyen; il croit pouvoir tirer de ces faits, et de plusieurs autres qu'il possède, les conclusions suivantes :

1.° Les ligatures circulaires, appliquées à l'invasion des accès de fièvres intermittentes, guérissent ces maladies;

2.° Dans les accès de suffocation, suite d'affection chronique des poumons, elles procurent les résultats les plus avantageux;

3.° Elles sont un auxiliaire fort utile dans les apoplexies qui ont de la tendance à récidiver;

4.° Dans les lipothymies, occasionnées par la pléthore du cœur, elles rétablissent promptement la circulation;

5.° Elles peuvent être mises en usage avec succès contre toutes les hémorrhagies internes, qui ne sont pas la conséquence de la rupture d'un gros vaisseau ;

6.° Elles sont susceptibles de nombreuses applications journalières, par exemple, dans certaines hémicrânies périodiques, dans les congestions cérébrales qui reconnaissent pour cause une longue contention d'esprit, dans les dyspnées et oppressions de poitrine qui se développent si fréquemment sous l'influence d'une atmosphère humide, etc. ;

7.° Enfin, on n'en a pas encore tiré tout le parti qu'elles peuvent présenter, et leur application simple et facile, leur effet si prompt, leur innocuité bien constatée, excepté dans quelques cas très-rares, doivent engager les praticiens à s'en servir plus souvent, leur emploi devant être éclairé et s'étendre de plus en plus, à mesure que les observations se multiplieront. (*Journal des Progrès*, VI.e vol. 1827.)

Administration de l'extrait de belladone pour prévenir la scarlatine. — Le docteur Lehmann, pendant toute la durée d'une épidémie de scarlatine qui régna à Torgo en 1825, prescrivit l'extrait de belladone comme préservatif de cette maladie. Mais quoique toutes les règles indiquées par les plus grands partisans de ce moyen prophylactique aient été observées scrupuleusement dans son administration, et quoique la dose ait même souvent été portée au point de produire tous les accidens du narcotisme, jamais il n'a remarqué que cette médication ait prévenu ou seulement retardé la contagion chez les sujets qui y étaient disposés, ni qu'elle ait servi à modérer tant soit peu l'intensité des symptômes chez ceux qui en étaient affectés.

Cette épidémie a fourni en outre au docteur Lehmann l'occasion de faire quelques expériences sur le mode de transmission de la scarlatine : il a tenté son inoculation sur deux personnes, dont une en avait déjà été atteinte, et il n'a rien obtenu dans l'un et l'autre cas. (*Rust's magazin für die gesam. heilk.* xxii. B. 1. St.)

Péritonite puerpérale guérie par l'application de la glace. — Une femme, au quatrième jour de l'accouchement, fut affectée d'une faiblesse très-grande, d'une soif ardente et de vomissemens continuels. L'abdomen, météorisé et ne pouvant supporter la moindre pression, était le siège de douleurs atroces ; la face était hippocratique, le pouls dur, petit et fréquent ; l'écoulement des lochies était suspendu depuis deux jours.

Une saignée d'une livre fut pratiquée, des boissons glacées furent ingérées, et on appliqua de la glace sur l'abdomen.

Trois heures après, les symptômes avaient perdu de leur intensité ; la soif et les vomissemens avaient disparu ; le ventre était moins ballonné et supportait moins difficilement la pression. Le soir, une

amélioration plus grande encore se faisait remarquer, le ventre s'était affaissé ; une selle naturelle eut lieu, et la malade prit un peu de sommeil.

Les applications de glace furent seules continuées, et le lendemain des sueurs parurent ; les seins se remplirent de lait et furent donnés à l'enfant. Les lochies ne tardèrent pas à reparaître, et quatre jours s'étaient à peine écoulés, qu'il ne restait plus de traces de la péritonite. (*Journ. de la Soc. roy. de Méd., etc., de Toulouse.*)

TRAITEMENT DE LA COLIQUE DE PLOMB. — MM. Chevallier et Rayer viennent de proposer contre la colique saturnine un traitement fondé sur les lois de l'affinité chimique. Le but de ce traitement est de neutraliser les effets de l'oxyde de plomb en faisant passer cette substance à l'état de sulfure de plomb, composé insoluble et sans action sur l'économie.

Pour arriver à ce résultat, ils conseillent l'administration des eaux contenant de l'acide hydro-sulfurique, soit naturelles, soit factices, comme celles de Barrèges, d'Enghien, etc., et ils recommandent en même temps de combattre les douleurs par l'usage des narcotiques, la constipation par celui des laxatifs, etc. Mais ils font observer que le traitement doit être employé dès les premiers symptômes du mal. On ne pourrait plus se promettre des résultats aussi avantageux si déjà le poison avait été absorbé. (*Journ. de Chim. méd.*)

M. Trétot, dans le *Journal des Progrès*, recommande contre la même affection une méthode de traitement d'un autre genre ; elle consiste dans l'application réitérée, sur les membres abdominaux, de topiques excitans, particulièrement de sinapismes.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU SEIGLE ERGOTÉ. — M. James Guthrie, médecin à Kilmarnock, ayant trouvé, chez une femme en travail auprès de laquelle il avait été appelé, les eaux de l'amnios écoulées et le col de l'utérus dilaté de la largeur d'une pièce de trois francs sans que l'accouchement avançât après un temps fort long, parce que les douleurs étaient faibles et languissantes, se détermina à prescrire le seigle ergoté. Trois scrupules de cette substance furent donnés à un quart d'heure de distance l'une de l'autre, et, vingt minutes après l'administration de la dernière prise, l'utérus commença à se contracter avec une nouvelle force, la dilatation s'accrut rapidement, la tête s'engagea dans l'excavation du bassin, et enfin dans l'espace d'une heure l'accouchement fut terminé, sans que la mère ou l'enfant aient éprouvé plus tard aucun inconvénient de l'emploi du médicament dont on s'est servi. (*The London Physic. journal.*)

EMPLOI DU BORAX DANS LE TRAITEMENT DES DARTRES FURFURACÉES. — M. le docteur Reinhardt, de Mühlhausen (Prusse), portait une dartre furfuracée à la face dorsale des deux mains, dont la peau présentait çà et

là des taches rouges. Il se détermina à mettre en usage le borate sursaturé de soude, suivant la méthode de Hufeland, à la dose d'un demi-gros par once d'eau distillée. Les premiers jours qu'il se servit de cette dissolution, il éprouva, chaque fois qu'il la mit en contact avec ses dartres, une cuisson très-vive, et les parties malades prirent une couleur plus rouge, ce qui le contraignit de suspendre l'emploi de ce médicament jusqu'à la disparition de l'irritation qu'il avait produite. Il le reprit ensuite sans éprouver davantage cet accident; l'éruption dartreuse diminua de plus en plus, et disparut enfin avant que le demi-gros de borax n'eut été consommé.

Quelques temps après, deux personnes affectées de dartres furfuracées furent traitées par lui de la même manière, et avec un égal succès. (*Hufeland's journal*, *octobre* 1827.)

Emploi du chlorure de chaux dans le traitement de la gale. — M. Derheims a employé avec succès une solution de trois onces de chlorure de chaux sec sur une livre d'eau distillée, pour guérir la gale. Ce médicament, dont il a obtenu des succès constans sur plusieurs individus, est usité en lotions sur les cuisses, les jambes et les bras, répétées plusieurs fois par jour. M. Derheims s'est également servi des chlorures de soude et de potasse, et les résultats n'ont pas été moins avantageux, mais il a reconnu que l'effet désiré était plus promptement obtenu si l'on faisait usage du chlorure de chaux préparé en faisant passer du chlore en excès dans de l'eau de chaux. (*Journ. de Chim. méd.*)

Application du nitrate d'argent dans le cas d'érysipèle de la face. — M. John Higginbottom, ayant fait des recherches assez nombreuses sur les effets du nitrate d'argent dans l'érysipèle qui se manifeste à la suite des blessures, s'est convaincu que cette substance est une des plus efficaces que nous possédions pour combattre l'inflammation de la peau. Une tentative, dans un cas d'érysipèle de la face par cause interne, lui ayant démontré que cet agent, appliqué sur plusieurs points, avait promptement arrêté la marche de l'inflammation cutanée, et que l'escarre produite par son contact s'était détachée au bout de cinq jours, en laissant à découvert la peau dans son état normal; il pensa qu'il lui serait possible, en étendant son application à toute la surface affectée, et même aux parties environnantes, de faire avorter la maladie et de prévenir ainsi les accidens terribles qui en sont la conséquence. En effet, deux personnes chez lesquelles il mit cette médication en usage, furent guéries en peu de temps, et la disparition de l'affection locale fut accompagnée de la cessation de la maladie générale qui l'avait déterminée.

D'autres praticiens, entr'autres le docteur Storer, se sont servis avec beaucoup de succès du nitrate d'argent dans le même cas. (*The Philadelphia Journal.*)

Pharmacologie, Toxicologie, etc.

Poisson venimeux. — M. Saubinet, capitaine du brick *le Zélé*, se trouvant à deux cents lieues de distance du cap d'Haïti, rencontra un poisson d'une fort belle apparence, appartenant à l'espèce nommée Béguore, et le harponna. Trompé par son aspect, il pensa qu'il pourrait l'employer comme aliment; mais après en avoir mangé, il fut atteint subitement d'un malaise qui augmenta avec une telle promptitude, qu'en peu de temps des accidens très-graves mirent sa vie en danger; sa peau devint brûlante et fut le siége d'une vive inflammation; un engourdissement général s'empara de lui, et il devint incapable d'exécuter le moindre mouvement. Deux officiers et deux matelots présentèrent les mêmes symptômes et coururent les mêmes dangers; un porc, qui avait aussi mangé de ce poisson, mourut en peu d'instans. (*Journ. de Chim. méd.*, janvier 1828.)

Procédé pour découvrir de très-petites quantités d'opium. — M. Hare a trouvé un procédé à l'aide duquel il constate sans peine dans un demi-gallon d'eau l'existence d'une quantité d'opium égale à celle que renferment dix gouttes de laudanum. Ce procédé est basé sur la propriété dont jouit l'acide méconique de précipiter les sels de plomb. Ainsi, en instillant quelques gouttes d'acétate de ce métal dans un liquide qui contient une très-petite dose d'opium, on obtient un précipité de méconate de plomb, qui ne se manifeste qu'au bout de six à douze heures, si la substance narcotique dissoute est en quantité minime. On recueille alors ce méconate, et à l'aide d'un tube de verre, on verse dessus une trentaine de gouttes d'acide sulfurique ou environ, puis on ajoute une dose égale de sulfate rouge de fer. L'acide sulfurique s'empare du plomb, met l'acide méconique en liberté, et ce dernier, en se portant sur le fer, produit une couleur rouge éclatante, qui démontre la présence de cet acide et par conséquent celle de l'opium.

Nota. La morphine, à laquelle l'opium doit ses propriétés narcotiques et calmantes, se trouve dans cette substance à l'état de combinaison avec un acide particulier, appelé *méconique*, et susceptible de produire avec l'oxyde rouge de fer la couleur rouge dont il a été question plus haut. (*The Philadelphia journal.*)

Falsification du Copahu. — Depuis peu de temps certains droguistes ont introduit dans le commerce du Copahu altéré par un mélange d'huile grasse et de térébenthine. Cette fraude est facile à reconnaître en comparant cette substance ainsi sophistiquée avec celle qui est dans son état de pureté.

En effet, cette derniere, ou le Copahu véritable, très-rare aujourd'hui, est d'une couleur citrine légère, d'une transparence

complète, même au milieu de l'hiver, d'une odeur assez agréable, d'une consistance sirupeuse, d'une saveur aromatique d'abord, puis un peu amère et piquante; enfin l'alcohol à 33 degrés le dissout en totalité.

Au contraire, le copahu falsifié de la manière qui vient d'être signalée est d'un jaune qui tire sur le brun, d'une odeur de térébenthine assez marquée, d'une saveur huileuse d'abord, ensuite âcre et térébinthacée. Sa consistance approche de celle de l'huile de ricin, et sa transparence n'est jamais parfaite. Abandonné à lui-même et laissé en repos pendant quelque temps, il dépose une matière poisseuse, opaque, brunâtre, qui, exposée à l'action de l'air, devient friable; en hiver, il se trouble et laisse précipiter une substance blanche, graisseuse, semblable à de l'huile d'olives figée; l'esprit de vin ne le dissout pas complètement, et on trouve, après l'avoir traité par ce menstrue, un résidu huileux équivalent au tiers du baume à-peu-près. Si l'on ajoute quatre parties d'eau à une partie de la solution alcoholique séparée du dépôt huileux, la térébenthine se sépare, et se fait reconnaître à sa consistance épaisse, à l'odeur forte qui lui est propre, et à la manière dont elle poisse les doigts. (*Le Technologue*, janvier 1828.)

Pastilles désinfectantes. — Ces pastilles, dont on doit la formule à M. Deschamps, élève en pharmacie, n'ont pas de propriétés plus énergiques que celles qui ont été indiquées par M. Chevallier. Elles sont employées pour enlever à l'haleine cette fétidité qu'elle acquiert à la suite d'un traitement mercuriel. Elles se composent comme il suit :

Pr.	Chlorure de chaux sec....................	deux gros.
	Sucre blanc	huit onces.
	Amidon	une once.
	Gomme adragante	un gros.
	Carmin	trois grains.

F. s. l'a. des pastilles de trois grains, que l'on peut prendre à la dose de cinq à six dans l'espace de deux heures. (*Journ. de Chim. méd.*, janvier 1828.)

Poudre dentifrice. — Cette poudre, dont la recette a été aussi communiquée par M. Deschamps, se compose de

Chlorure de chaux sec...........	deux grains.
Corail rouge....................	un gros.

mêlés exactement. Pour l'employer, on humecte légèrement la brosse, on la recouvre de poudre, et on la promène sur toutes les surfaces des dents. Si l'on doit s'en rapporter à l'auteur, elle blanchit les dents jaunies par l'usage du tabac à fumer, et quelques jours de son

usage suffisent pour donner lieu à une amélioration bien marquée. (*Journ. de Chim. méd.*, janvier 1828.)

Note sur les effets comparatifs de la résine de scammonée préparée suivant le Codex, et celle qui est décolorée par le charbon animal; par C. P. OLLIVIER (*d'Angers*), *D. M. P.*

On assimile, depuis long-temps, la résine de scammonée à celle de jalap pour ses propriétés purgatives, quoique l'action de cette dernière soit beaucoup plus énergique. Les expériences de M. Orfila ont également prouvé que ces deux résines devaient être rangées dans la classe des poisons irritans, tout en démontrant en même temps que la résine de jalap est bien plus active que celle de scammonée. L'effet purgatif de la première résine, c'est-à-dire de celle de jalap, paraît être le même, qu'elle soit ou non décolorée par le charbon animal, comme M. Martius vient de l'obtenir récemment.

Ces recherches ont engagé M. Planche à appliquer aussi le charbon animal purifié à la décoloration de la résine de scammonée, qu'il a obtenue, par ce moyen, presque blanche, tandis que, préparée d'après les indications du codex, elle est jaune-serin. Dans cet état, elle diffère essentiellement de la résine de jalap, dont la saveur âcre détermine un sentiment de constriction très-prononcée dans l'arrière gorge; la résine de scammonée, au contraire, a une saveur douce, à peine nauséeuse. La première, insufflée sur la conjonctive oculaire, y cause une cuisson très-douloureuse, qui est à peine sensible par l'insufflation de la résine de scammonée.

Ces seuls essais comparatifs suffisent pour faire apprécier toute la différence qu'il y a entre l'action irritante de ces deux résines. Mais il s'agissait de reconnaître par l'expérimentation, si celle de scammonée produisait aussi des effets identiques après ou sans sa décoloration par le charbon animal : c'est dans le but d'apprécier cette différence que j'ai fait, d'après l'invitation de M. Planche, diverses expériences sur les animaux.

Quoique l'action purgative de la résine de scammonée soit à-peu-près nulle chez les chiens, j'ai voulu néanmoins l'administrer d'abord à petites doses pour juger de la diversité des résultats. En conséquence, j'introduisis dans l'estomac de deux chiens de moyenne force et de petite taille, trente-deux grains de cette résine : l'œsophage fut lié. Chez l'un, elle était décolorée, chez l'autre, elle avait été préparée suivant le Codex. Les deux animaux n'éprouvèrent aucuns phénomènes particuliers, tous deux furent calmes, abattus, comme cela arrive ordinairement après la ligature de l'œsophage,

et au bout de 24 heures, il n'y avait pas eu une seule évacuation alvine.

Le surlendemain, un gros de l'une et l'autre résines fut introduit dans l'estomac des mêmes animaux, après qu'on l'eut fait dissoudre en partie dans un jaune d'œuf. Cette double expérience n'eut pas d'autre résultat que les précédentes; il n'y eut pas d'excrétions alvines, et les animaux, qui ne manifestaient qu'un abattement profond, furent sacrifiés le troisième jour pour d'autres expériences.

Deux gros des deux résines furent administrés de la même manière à deux autres chiens, à-peu-près de même force et de même taille. Celui qui avait pris deux gros de scammonée décolorée par le charbon animal, mourut au bout de 70 heures, après avoir jetté quelques cris de temps en temps, mais sans avoir eu une seule évacuation. L'autre, auquel on avait administré les deux gros de scammonée préparée suivant le codex, et qui était, à la vérité, un peu plus fort que le premier, ne mourut qu'au bout de 82 heures; il avait eu une seule évacuation la veille : les matières rendues étaient en petite quantité et très-dures : des plaintes assez répétées annonçaient plus de souffrance : l'animal cherchait souvent à boire, le ventre avait toujours été fortement rétracté.

Chez le premier, l'estomac, qui contenait une grande partie de la résine ingérée, était sain dans toute son étendue, à l'exception de la région pylorique, où il existait une teinte légèrement rosée de la membrane muqueuse qui offrait dans cet endroit deux ulcérations superficielles, l'une de la largeur d'une lentille, l'autre d'un grain de millet. L'intestin grêle, qui contenait un peu de mucus grisâtre et un tœnia mort, ne présentait d'ailleurs aucune trace d'altération jusqu'à la portion iléo cœcale, où l'on voyait cinq bandes rougeâtres, longitudinales, dues à une injection ramiforme capillaire. Chez le second, l'estomac ne renfermait aucune partie de la résine administrée, mais un liquide assez abondant : sa membrane muqueuse était détruite, comme macérée, sans trace d'inflammation dans toute l'étendue du grand cul de sac de l'organe, et laissait à nu plusieurs ramifications vasculaires. Une rougeur assez vive et pointillée existait dans la région pylorique de l'estomac et au commencement du duodénum. L'intestin grêle était pâle et sans injection dans toute sa longueur, mais la membrane muqueuse du gros intestin était assez vivement enflammée surtout dans la portion qui constitue le rectum.

Ces expériences offrent, comme on voit, des résultats négatifs sous le rapport de l'appréciation des propriétés purgatives de cette substance chez les chiens; cependant l'absence d'évacuations alvines indique déjà une analogie d'action entre l'une et l'autre résines, préparées

suivant les deux modes indiqués ; quant à des phénomènes particuliers, elles n'en n'ont produit aucun, second point de ressemblance. Enfin, relativement aux traces que ces deux résines ont laissées après leur application sur la surface muqueuse gastro-intestinale, nous venons de voir que dans l'estomac du chien auquel on avait administré la scammonée décolorée, il y avait seulement deux légères ulcérations près le pylore, et une grande partie du médicament était encore contenu dans l'estomac, tandis que celui du second n'en contenait plus, sa membrane muqueuse était détruite dans la plus grande partie du grand cul-de-sac, et des traces d'inflammation existaient dans la portion pylori-duodénale de l'intestin grêle et dans toute la longueur du gros intestin.

Des différences aussi grandes dans les lésions observées après la mort, pourraient porter à penser que la résine non décolorée est plus irritante, et pourtant on n'a pas remarqué dans les symptômes de différences bien notables. Mais si l'on ajoute qu'il est assez commun de trouver de petites ulcérations dans l'estomac des chiens qui meurent à la suite d'une simple ligature de l'œsophage, ainsi que M. Orfila l'a constaté un grand nombre de fois ; que, d'un autre côté, la destruction de la membrane muqueuse gastrique, chez le second, semblait plutôt l'effet de la macération de cette membrane dans le liquide qui y avait séjourné, et qui, comme on sait, stagne particulièrement dans le grand cul-de-sac qui est la partie la plus déclive de l'estomac ; si, dis-je, on tient compte de ces diverses circonstances, on admettra sans difficulté que la résine de scammonée a sans doute été étrangère à la formation des deux ulcérations très-circonscrites trouvées chez le premier, puisque la ligature de l'œsophage seule détermine cette ulcération, et on est d'autant moins fondé à attribuer à ce purgatif la destruction de la membrane muqueuse observée chez le second, que l'estomac ne contenait plus de traces de cette résine, tandis que chez le premier, où la plus grande partie y avait séjourné et s'était conséquemment trouvée en un contact permanent avec la membrane muqueuse, celle-ci était intacte et sans trace d'irritation.

Dans le but de mettre cette vérité hors de doute, j'ai introduit dans l'estomac d'un chien quatre gros de scammonée du codex, dose double de celle administrée dans le cas précédent. L'animal est mort au bout de deux jours, après avoir eu une ou deux évacuations de matières fécales, jaunâtres, consistantes : il n'offrit d'ailleurs aucun phénomène particulier. A l'ouverture j'ai trouvé, dans le rectum et dans le duodénum, de légères traces d'inflammation caractérisée par des bandes étroites d'un rouge cerise, sur le bord libre des rides que formait la membrane muqueuse ; l'estomac, très-contracté sur

lui-même, renfermait encore de la résine ingérée, et sa membrane muqueuse n'offrait aucune *trace d'altération* dans toute son étendue. La membrane muqueuse était intacte, d'une teinte rosée et sans injection particulière.

Il résulte évidemment de ces expériences, que la décoloration de la résine de scammonée par le charbon animal ne change en rien les propriétés purgatives de ce médicament : que ses effets, bien moins énergiques que ceux de la résine de jalap, sont à-peu-près nuls chez les chiens, et qu'elle produit, seulement à dose assez élevée, une inflammation, peu considérable d'ailleurs, de la membrane muqueuse gastro-intestinale ; que ces traces d'inflammation se remarquent surtout dans la région pylori-duodénale du tube digestif, et dans le voisinage du rectum, ainsi qu'il est commun de l'observer dans l'empoisonnement par les substances irritantes. Ces résultats de l'expérimentation sont tout-à-fait en rapport avec ceux que M. le professeur Chomel a obtenus en administrant comparativement, chez un certain nombre de malades, la résine de scammonée du codex et celle décolorée par le charbon ; les effets purgatifs de l'une et de l'autre n'ont pas offert de différences appréciables.

— *Réclamation de M. Raspail.* — Je viens de parcourir dans le *numéro de septembre des Annales des sciences naturelles*, numéro qui a paru en novembre, un Mémoire de MM. Hodgkin et J.-J. Lyster, *sur quelques observations microscopiques sur le sang et le tissu des animaux.*

Ces Messieurs sont parvenus, sans doute de leur côté, ce printemps, aux résultats qui se trouvent consignés dans un Mémoire sur les tissus, qui a paru au mois d'avril 1827 dans le *tom.* 3.e, 1.re *partie des Mémoires de la Société d'histoire naturelle de Paris.* Quant au sang, j'y rencontre des résultats tout-à-fait analogues à ceux que j'ai consignés dans un premier mémoire, imprimé depuis trois mois, pour paraître dans le 2.e *trimestre du tom. IV du Répertoire général d'Anatomie* en 1827 ; mémoire dont j'avais donné communication à la Société d'histoire naturelle, lors de la lecture du travail de M. Orfila sur les moyens de reconnaître les taches de sang en médecine légale.

Les deux mémoires que je cite ont pour objet de prouver que les observations microscopiques de MM. Prévost et Dumas et Milne Edwards ne résistent point à l'examen le moins sévère d'un esprit droit et impartial. Les rédacteurs des *Annales* ont certes eu de bonnes raisons pour ne pas mettre le public au courant des expériences

publiées en France non seulement par moi, mais même par M. Fodéra, qui, quelque temps après la lecture et la publication de mon mémoire, déclara dans le *Journal complémentaire*, etc. que les *observations de nos devanciers n'étaient qu'un tissu d'erreurs*. Quant à moi, j'en ai de meilleures raisons encore de prendre date, parce que le titre de plagiaire me paraît honteux, alors même que, par impossible, l'Institut de France se chargerait du soin de le couronner.

Paris, 3 décembre 1827.

— *Réclamation de M. Collard.* — M. Collard convient que M. le docteur Roche a annoncé avant lui que l'acide carbonique est un gaz irritant, mais il ajoute qu'il n'a signalé l'opinion contraire que comme *généralement* adoptée, et non comme étant partagée par tous les physiologistes. Dès que M. Roche ne conteste point à M. Collard d'être l'auteur de la démonstration du fait, ce dernier n'en demande pas davantage. Toutefois, M. Collard pense que l'affection du cerveau dans l'asphyxie par l'acide carbonique, est plutôt un état asthénique qu'une irritation.

M. Raspail a prétendu que l'opinion de M. Collard sur l'action de l'acide carbonique était la même que celle de M. Chambon de Montaux. M. Collard dit d'abord, qu'il n'y a d'identité que dans le *résultat des recherches*, et ensuite que l'ouvrage de M. de Montaux n'a point encore été publié, de sorte que M. Collard n'a pu en avoir connaissance.

M. Raspail a dit aussi, qu'on trouvait dans Fontana l'opinion émise par M. Collard. Ce dernier prouve par des citations que l'assertion de M. Raspail n'est pas fondée.

— *Réclamation de M. Leroy (d'Etiolles).* — M. Collard a dit que M. Leroy voulait qu'on cessât de recourir à l'insufflation pulmonaire dans le traitement de l'asphyxie. M. Leroy a seulement démontré les dangers de cette pratique, indiqué les précautions à prendre pour éviter ces dangers, proposé un soufflet particulier très-simple et très-commode. M. Collard propose, contre l'asphyxie, de diriger un courant galvanique sur le diaphragme, et renvoie à ce sujet au mémoire de M. Pelletan sur l'acupuncture, et à une observation publiée par M. Strong. M. Leroy soutient que M. Pelletan n'a rien dit de semblable dans aucun de ses écrits; et que M. Strong a fait passer deux fois une commotion électrique par les épaules d'un noyé, et n'a point mis en usage de courant galvanique sur le diaphragme. C'est M. Leroy, qui a le premier proposé de solliciter les contractions de ce

muscle important au moyen de l'acupuncture, du galvanisme, et de pressions successives de l'abdomen.

Réclamation de M. Rochoux. — « Il est dit au procès verbal de la séance générale de l'Académie royale de Médecine, du 2 octobre 1827, et vous avez répété dans votre numéro de novembre dernier, page , que j'avais été conduit par M. Bosc à l'intendance générale de Barcelone, où l'on m'aurait montré un relevé portant à 22000 le nombre des individus morts pendant l'épidémie de 1821.

« Comme je ne veux souffrir en aucune manière que mon témoignage puisse être invoqué à l'appui d'une aussi singulière assertion, je vous prie de vouloir bien insérer dans votre plus prochain numéro la déclaration suivante, faite par moi, le 22 janvier, à l'Académie de Médecine; savoir : *que je n'ai jamais été à l'intendance générale de Barcelone; que, par conséquent, je n'ai jamais vu le relevé qu'on prétend m'avoir montré.* Aujourd'hui je vais plus loin, et je dis que si ce relevé, vrai ou faux, existait quelque part, M. Pariset n'eût pas manqué de le déposer sur le bureau, lui qui, pendant la discussion du rapport COUTANCEAU, a communiqué à l'Académie tant de pièces insignifiantes. »

Paris, 23 janvier 1828.

Fistule lacrymale. — *Lettre de M. Ratier.* — « La méthode de Laforest, pour le traitement de la fistule lacrymale est généralement abandonnée aujourd'hui. On ne peut nier cependant, qu'elle ne soit plus rationnelle que toutes celles qui lui ont été successivement préférées, et qu'avec quelques modifications elle ne puisse être employée avec succès. Perforer un réservoir pour remédier au rétrécissement d'un conduit excréteur, rétrécissement qui, dans un grand nombre de cas, j'ai des raisons pour le croire, en occupe la partie inférieure, distendre violemment ce conduit, y laisser séjourner plus ou moins longtemps un corps étranger, à coup sûr n'est pas la marche la plus physiologique qu'on puisse suivre.

« On entrerait, à mon avis, dans la bonne voie, si, après avoir étudié soigneusement les parties, on constatait leur forme, leur direction, leur calibre, leur longueur dans l'état de santé, après avoir constaté les altérations diverses que la maladie leur fait subir, on faisait construire des instrumens propres à rendre facile le cathétérisme du canal nasal, à prendre l'empreinte de ses rétrécissemens, à en opérer la dilatation ou la cautérisation : en un mot, si, professant les données publiées par Ducamp sur les rétrécissemens de l'urètre,

on en faisait l'application au traitement des rétrécissemens du canal nasal.

« On a reproché à la méthode de Laforest d'être d'une exécution difficile; cette objection tombe d'elle-même, si la connaissance exacte et métrique des parties et des instrumens gradués viennent aider le praticien. Ces élémens de succès lui ont manqué pour créer une méthode qui pût supporter l'examen et recevoir la sanction de l'expérience.

« Permettez-moi de prendre date pour cette application, car je ne prétends nullement à l'honneur d'une découverte, et d'inviter les praticiens par la voie de votre Journal à diriger leur attention sur ce point de thérapeutique chirurgicale. Je m'occupe en ce moment de recherches anatomiques, dont je publierai prochainement les résultats, et je fais confectionner des instrumens d'après les indications que ces recherches m'ont fournies. C'est la seule partie du travail que je puisse exécuter. L'application sur le vivant est réservée à ceux qui ont une grande pratique, ou le bonheur d'être placés à la tête d'un hôpital.

Réclamation de M. Bayle. — M. Trousseau a trouvé que critiquer les opinions et les raisonnemens de M. Calmeil (1), c'était attaquer son caractère d'une manière odieuse; à l'en croire, le désir de venger son ami, est le motif de l'article violent et calomnieux qu'il vient de publier contre moi. Toutefois, au lieu d'examiner l'analyse que j'ai faite de l'ouvrage de ce médecin, sur la paralysie des aliénés, son pamphlet n'a d'autre but que de développer et de soutenir l'accusation suivante: que j'ai emprunté à MM. Royer-Collard et Ramon l'idée de faire procéder cette paralysie de l'inflammation des méninges. Peu de mots suffiront pour réfuter les motifs de cette imputation.

M. Ramon avait parlé à M. Georget de la fréquence des lésions de l'arachnoïde chez les aliénés, comme on le voit par un passage de l'ouvrage de ce dernier médecin, sur le système nerveux, publié en 1821. Donc, dit M. Trousseau, la priorité appartient à M. Ramon. *Réponse.* A cette époque, j'étais depuis quatre ans à Charenton, et un assez grand nombre des observations que j'ai publiées sur ce sujet, se rapportent aux années 1820, 1819, 1818 et même à l'année 1817 (2),

(1) Vous ne l'avez pas seulement critiqué, M. Bayle; vous l'avez accusé de plagiat et de mensonge. (T.)

(1) Comment auriez-vous pu recueillir des observations en 1817; vous n'êtes entré à Charenton que le 27 octobre 1817. (T.)

par conséquent à une date antérieure à celle du passage cité. Peut-on d'ailleurs élever une question de priorité entre des travaux fort étendus et un passage vague et presque insignifiant ?

D'après M. Trousseau, je n'étais pas dans le cas de pouvoir recueillir des observations en 1818, puisque je ne suis entré à Charenton que dans le cours de cette année, et qu'à cette époque, je commençais à peine mes études médicales. *Réponse.* Ces deux dates sont fausses; mon accusateur, qui a compulsé des registres et des dossiers pour s'en servir contre moi, ne pouvait pas l'ignorer. J'ai commencé à étudier en médecine en 1814, et à prendre des inscriptions en 1815; je suis entré à Charenton en 1817 (1).

Voici le grand argument de M. Trousseau : M. Ramon a recueilli des observations d'aliénation mentale avec paralysie générale avant mon entrée à Charenton. Ces observations encore inédites, étaient restées jusqu'aujourd'hui dans les papiers de l'auteur; mais M. Trousseau vient d'en publier dix. « En voilà assez, ajoute-t-il à la suite de » la dernière, pour prouver à ceux qui ont eu la patience de lire » l'ouvrage de M. Bayle, qu'il n'y a rien dans ce livre de nouveau, » si ce n'est pourtant des assertions au moins extraordinaires, des » erreurs, etc. » *Réponse.* Quoi ! j'ai puisé les idées principales de mes travaux publiés en 1822, 1825 et 1826 dans les dix observations que M. Trousseau vient de faire connaître en décembre 1827 ! Mon livre ne contient rien de nouveau, par la raison qu'un autre vient de trouver dans ses papiers et de rendre publiques quelques histoires particulières qui ont de l'analogie avec celles que renfermait mon ouvrage ! Il faut, en vérité, que la passion aveugle bien l'intelligence; pour que le raisonnement de M. Trousseau ne fût pas dénué de sens commun, il faudrait que M. Ramon m'eût communiqué ses observations; et M. Trousseau ne dit rien de tout cela (2), et je ne crois pas que M. Ramon lui ait rien dit de semblable. Mais supposons un moment que ces observations m'eussent été confiées; en résulterait-il pour cela que j'aurais emprunté à leur auteur l'idée d'attribuer l'aliénation avec paralysie incomplète à l'inflammation des méninges ? Non, sans doute; car une observation est un fait historique, que chacun envisage à sa manière et d'où il tire des conclusions qui lui sont propres, et qui souvent sont entièrement opposées entr'elles. Ainsi, pour ne pas sortir de mon sujet, c'est d'après des observations analogues à

---

(1) Votre accusateur vous fait de sincères complimens sur le développement précoce de votre esprit. Vous êtes né en 1799, et vous étiez élève en médecine en 1814 : voilà qui est beau ! (T.)

(2) Je croyais l'avoir dit, M. Bayle. (T.)

celles que j'ai publiées, que Meckel et Chiarugi attribuent l'aliénation qu'elles nous présentent à une augmentation de consistance du cerveau; que M. Esquirol la fait dépendre d'une lésion des forces nerveuses de cet organe; que M. Delaye l'attribue à un ramollissement ou à un endurcissement cérébral; que M. Calmeil la fait provenir d'une encéphalite latente. Voilà cinq opinions plus ou moins contradictoires, et appuyées néanmoins sur des faits analogues. Pourquoi faut-il que je sois obligé de rappeler à un médecin les premiers principes de la logique médicale.

Supposons même que M. Ramon eût mis au jour ses observations long-temps avant tous mes travaux, qu'en résulterait-il pour l'objet en question? Absolument rien. Il n'aurait pas même la priorité de publication, car Littre, Geoffroy, Meckel, Chiarugi, tous médecins du 18.e siècle, ont publié des faits d'aliénation semi-paralytique, avec tous les caractères d'une inflammation chronique des méninges. M. Trousseau ne pouvait pas les ignorer, puisqu'ils sont consignés dans mon ouvrage; mais ils étaient contraires à ses assertions, ce qui explique son silence. Rappelons-lui en quelques-uns par extrait.

Premier fait. Un soldat qui avait passé quelque temps au lazaret des aliénés, avait été atteint d'une *paralysie générale* des membres inférieurs, de la langue et des sphincters. *Autopsie*. Sérosité très-abondante entre l'arachnoïde et la pie-mère et les ventricules. Vaisseaux gonflés de sang; *arachnoïde durcie, opaque et blanche;* lymphe épaisse entr'elle et la pie-mère. (*Meckel, Mém. de Berlin*, 1764; voy. *Traité des malad. du cerv.*, p. 140)

Deuxième fait. Un vieillard était dans une agitation continuelle; *il s'imaginait qu'il était Roi, Pape*, etc. Il tomba ensuite dans un état de démence, dans laquelle il eut à plusieurs reprises des *accès épileptiques*. Ceux-ci finirent par dégénérer en véritable apoplexie. *Autopsie*. La face interne de la dure-mère avait des attaches minces mais très-dures avec la pie-mère. Une grande quantité de sérosité infiltrée dans cette dernière membrane, etc. (*Chiarugi, della Pazzia*, 1792, t. III, p. 199. — *V*. ouv. cit., p. 387.)

Troisième fait. Une veuve, enfermée dans l'hospice d'aliénés de Florence, tomba dans un état de stupidité. Plus tard, affaiblissement des sens et convulsions. *Autop. les deux méninges, mais surtout la pie-mère, très-dures et très-épaissies;* une grande quantité de lymphe entre la pie-mère et le cerveau; ventricules pleins de ce fluide, etc. (*Chiarugi*, t. III, p. 115. — Ouv. cit., p. 390.)

Quant à la fréquence des lésions des méninges, aucun auteur, je crois, ne les a notées d'une manière aussi expresse que Greding qui s'exprime ainsi: « S'il y a dans le corps humain quelques parties qui » soient plus sujettes que les autres à être malades chez les aliénés,

ce sont incontestablement la pie-mère et l'arachnoïde. (*V.* *Greding, Aphorismes*, à la suite de l'ouvrage de *Chrichton, on mental Derangement* (1).

La publication des observations de M. Ramon, dans le cas où elle aurait eu lieu, ne prouverait donc absolument rien.

M. Trousseau s'étonne que j'aie cité MM. Bleynie et Ramon comme témoins des faits que j'ai observés. Eh bien! je ne crains pas d'invoquer de nouveau leur témoignage. Il est vrai que ces Messieurs n'ont point assisté aux ouvertures de cadavres; mais ils ont eu comme moi sous les yeux les malades dont j'ai écrit l'histoire. Depuis 1822, époque où j'ai fait ma thèse sur ce sujet, jusqu'aujourd'hui, je n'ai jamais cessé d'entretenir des relations d'amitié avec eux; je leur ai offert un exemplaire de chacun de mes travaux sur la maladie dont il s'agit. Cependant, pendant ces quatre années, ils n'ont élevé contre ces travaux aucune espèce de réclamation. Loin de moi cependant la pensée de nier qu'ils aient reconnu la cause matérielle de cette affection. L'observation des mêmes faits a pu facilement nous conduire à un résultat semblable.

J'arrive maintenant au reproche le plus grave, celui d'avoir emprunté à M. Royer-Collard l'idée d'attribuer l'aliénation avec paralysie à l'inflammation des membranes cérébrales. D'après M. Trousseau, j'aurais eu communication de cette idée et même de tout ce qu'il peut y avoir de bon dans mon ouvrage, soit par les registres médicaux qui renfermaient, dit-il, une multitude d'observations de méningite chronique, soit dans les entretiens et même les leçons de ce médecin, qui avaient lieu pendant les visites.

Réponse. Voici les faits. Lorsque j'entrai à Charenton, il n'y avait point de registres médicaux (2). L'interne qui, depuis la réorganisation de cet établissement, en 1815, était chargé de faire les trois années antérieures à mon entrée, en avait été détourné par les nouvelles fonctions dont il venait d'être revêtu dans le même établissemens, et j'ignore si depuis il a pu s'occuper de ce travail (3). Quant aux registres depuis 1818 inclusivement jusqu'à 1822, les seuls qui

---

(1) Ce que dit Greding, ne prouve pas, M. Bayle, que vous ayiez le premier, regardé la méningite comme une cause de l'aliénation mentale. (T.)

(2) Votre mémoire fait semblant d'être bien infidèle; il existe des registres de 1799 à 1814, registres mis au complet par MM. Ramon et Gauvin jusqu'en 1817, et dans lesquels vous avez dû lire comme moi, des observations et des ouvertures de corps bien détaillées. (T.)

(3) Vous ne pouvez pas l'ignorer, car le registre de 1817, fait par M. Ramon, a été continué par vous même. (T.)

existassent de mon temps, c'est moi-même qui les ai faits. J'y ai inséré des extraits succincts des histoires que j'avais recueillies. M. Trousseau aura sans doute remarqué qu'ils étaient écrits de ma main (1). J'ai donc été le plagiaire de mes propres observations. Il est vrai que peu de temps avant ma sortie de Charenton, M. Royer-Collard confia à l'interne en chirurgie, M. Bernard, les notes qu'il avait prises sur plusieurs malades entrés avant 1815, afin qu'il les transcrivît sur un cahier particulier. Mais ces notes n'étaient pas entre mes mains, et d'après les citations de M. Trousseau, je vois qu'elles ne contenaient que bien peu de détails sur chaque malade. En supposant même que les registres de Charenton n'eussent pas été mon ouvrage, comme ils ne contenaient que des extraits d'observations, il est évident que ces observations rentraient dans la cathégorie de celles de Meckel et de Chiarugi, et qu'elles pouvaient servir de base à toutes sortes d'opinions.

Mais M. Royer-Collard m'a communiqué ses idées sur la nature des maladies mentales, dans les conversations qu'il avait avec les élèves pendant ses visites.

Réponse. Je répondrai à cette inculpation par une dénégation absolue. Pendant mon séjour à Charenton, ce médecin, accablé en quelque sorte par des occupations multipliées, ne s'occupait que du traitement des malades confiés à ses soins, et loin de discuter sur les causes de l'aliénation, il avait rarement le temps d'assister aux ouvertures de cadavres. Peut-être aussi que l'intention de publier le fruit de son expérience l'empêchait de manifester son opinion sur ce sujet. Quoi qu'il en soit, il est positif qu'il ne disait absolument rien à cet égard, quoique M. Trousseau prétende qu'il faisait des leçons (2) aux élèves internes. Après avoir lu l'accusation dirigée contre moi, mon premier mouvement a été d'écrire à mes anciens condisciples qui étaient à Charenton de mon temps. Ils rendent également l'un et l'autre hommage à la vérité, et je montrerais leurs réponses si la chose était nécessaire. J'en appelle même pour ce fait au témoignage de MM. Bleynie et Ramon (3), qui assistaient comme

---

(1) Cela est vrai, et même les autopsies écrites de votre main sont souvent en opposition avec les mêmes autopsies écrites dans votre livre, ce qui est assez curieux. (T.)

(2) Il ne s'agit pas de leçons faites en chaire; mais simplement de communications verbales et écrites. (T.)

(3) Nous ne connaissons pas les deux lettres dont nous parle M. Bayle; mais MM. Ramon et Bleynie, dont il invoque le témoignage, nous autorisent à affirmer positivement que, très-long-temps avant l'entrée de M. Bayle dans l'établissement, l'inflammation des méninges était re-

moi aux visites de M. Royer-Collard. Il serait assez singulier qu'auditeurs les uns et les autres des conversations du médecin en chef, il n'eût découvert qu'à moi la cause de la paralysie des aliénés, tandis que ces Messieurs y seraient arrivés par leur propre observation, comme le dit M. Trousseau (1). Au reste, je suis bien éloigné de nier que ce médecin célèbre eût trouvé cette cause ; je vois même, par le passage de M. Moreau de la Sarthe, que M. Royer-Collard s'était occupé d'une manière particulière de cet objet, mais je ne pouvais citer un passage que j'avais ignoré jusqu'aujourd'hui (2). Ce que je savais, c'est que M. Royer-Collard observait depuis long temps l'aliénation avec paralysie, et c'est aussi ce que j'ai dit dans ma Thèse, en émettant le vœu que ce professeur fît jouir le public du fruit de son observation sur une maladie si remarquable. M. Royer-Collard, qui était président de cette Thèse, fit sur elle le rapport le plus flatteur et le plus honorable pour moi. Plus tard, dans un entretien (3) que j'eus avec lui au sujet de mon Mémoire sur une nouvelle doctrine des maladies mentales, il m'assura qu'il pensait depuis plusieurs années que l'aliénation avec paralysie dépendait d'une affection de l'arachnoïde, et c'est ce que j'ai dit dans une note de mon ouvrage sur les maladies du cerveau. Dans cet ouvrage, dédié à la mémoire de M. Royer-Collard, je payai à ce médecin le tribut de ma reconnaissance pour les bontés qu'il avait eues pour moi, et je rendis à ses qualités supérieures un hommage dicté par la vérité. Voilà ce que M. Trousseau appelle *outrager ses maîtres en jetant des fleurs sur leur cendre.* Je crois bien que sa manière d'outrager est toute différente.

Je terminerai par une réflexion propre à mettre dans tout son jour l'esprit de justice de M. Trousseau. M. Calmeil, son ami, a fait un ouvrage sur la paralysie des aliénés qui, d'après son aveu, devait être composé avec M. Royer-Collard. M. Calmeil, d'après M. Trousseau, devait réunir les observations qui sont dans cet ouvrage, à un manuscrit de M. Royer-Collard, resté, dit-il, entre les mains du directeur de Charenton ; eh bien ! M. Calmeil, qui mieux que personne devait connaître les idées de ce médecin relativement

---

gardée par M. Royer-Collard, par eux-mêmes et par tous les élèves, comme la cause de la folie avec paralysie générale et incomplète. (T.)

(1) Je n'ai pas dit un mot de cela. (T.)

(2) Vous ne pouviez pas ignorer les travaux de Lallemant. 2.me *Lettre sur l'encéphale*, *p.* 247. (T.)

(3) Il ne s'agit pas d'un entretien; mais bien d'une réclamation excessivement énergique, qui vous fut adressée le 12 mars 1825. Les originaux subsistent. (T.)

aux causes, à la nature, aux caractères anatomiques de cette maladie, n'en dit pas un mot dans son ouvrage (1) ; il ne cite pas même MM. Bleynie et Ramon, médecins, qui sont toujours avec lui dans cet établissement, et cependant loin d'encourir la colère de M. Trousseau, il est l'objet de tous ses éloges ; c'est un modèle non-seulement de talent et de sagacité, mais encore de justice et de bonne foi.

En voilà, je pense, plus qu'il n'en faut pour éclairer les esprits justes et impartiaux sur l'attaque violente et calomnieuse insérée dans votre dernier Numéro (2).

---

(1) M. Calmeil n'était pas obligé, comme vous, de rappeler les opinions de M. Royer-Collard, puisque lui-même avançait des opinions tout-à-fait contraires. Mais vous, qui souteniez les mêmes doctrines avec les mêmes argumens et les mêmes observations, vous deviez rapporter à M. Royer-Collard les idées qu'il vous avait communiquées, et qu'il avait fait publier depuis long-temps par MM. Moreau de la Sarthe et Lallemant. (T).

(2) Le pamphlétaire calomniateur a lu dans vingt auteurs anciens, et *très-explicitement* dans Cœlius Aurelianus, que la folie dépendait de l'inflammation des méninges; il a lu dans l'encyclopédie, article *méningite* (Paris 1817), que M. Royer-Collard attribuait l'aliénation mentale compliquée de paralysie incomplète, à l'inflammation chronique des méninges; il a lu dans Lallemant (2.me Lettre sur l'encéphale), que le délire aigu et chronique reconnaissait pour cause l'inflammation aiguë ou chronique des méninges; il a lu dans ce même Lallemant que, chez presque tous les aliénés, M. Royer-Collard avait rencontré l'épaississement, l'opacité, les granulations des méninges; et jusqu'à ce que M. Bayle ait prouvé au pamphlétaire que Cœlius Aurelianus, Moreau de la Sarthe, Lallemant, et tant d'autres lui ont dérobé cette idée fondamentale, que l'aliénation dépend de l'inflammation des méninges, le pamphlétaire persistera à croire : 1.° que l'idée d'attribuer la folie à l'inflammation des méninges n'est pas entièrement neuve, comme le dit M. Bayle; 2.° que, dès 1817, M. Royer-Collard avait fait connaître ses idées au public, en permettant à M. Moreau de la Sarthe de les indiquer dans l'encyclopédie; 3.° qu'en 1820, M. Lallemant signale plus positivement encore les opinions de M. Royer-Collard dans sa 2.me lettre sur l'encéphale; 4.° enfin, qu'il était impossible à M. Bayle de l'ignorer, car un homme qui s'occupe des maladies cérébrales a dû nécessairement, à moins d'une ignorance honteuse, lire les lettres de ce professeur de Montpellier. Or, les passages de Lallemant sont positifs, et quoique M. Bayle les connaisse tout aussi bien que moi, je vais les lui rappeler.

« Il me sera facile de vous prouver jusqu'à l'évidence, qu'on n'ob-

BIBLIOGRAPHIE.

Formulaire pour les préparations et l'emploi de plusieurs nouveaux médicamens, tels que la noix vomique, les sels de morphine, l'acide prussique, la strychnine, la vératrine, le sulfate de quinine, etc., par F. MAGENDIE, *membre de l'Institut de France, titulaire de l'Académie royale de Médecine, etc. Sixième édition, revue et augmentée. Un vol. in-12. Paris,* 1827. *Chez Méquignon-Marvis, libraire-éditeur, rue du Jardinet, N.°* 13.

Nous ne doutons pas qu'il n'en doive être des nouvelles substances, dont la chimie et la physiologie ont enrichi récemment la matière médicale, comme il en a été des préparations antimoniales; c'est-à-dire, que nous sommes bien persuadés qu'un jour ces médicamens seront appréciés comme ils le méritent, et qu'alors leur usage de-

---

serve jamais le délire dans les inflammations du cerveau, que ce symptôme appartient *spécialement aux inflammations de l'arachnoïde.* (Suit une page de développemens). Je ne puis trop le répéter : jusqu'à présent on n'a pas attaché assez d'importance aux altérations de l'arachnoïde, on n'a pas assez tenu compte de son épaississement, de son opacité, des granulations développées à sa surface. M. le professeur Royer-Collard, médecin à l'hospice de Charenton, m'a confirmé dans cette opinion, en m'apprenant, il y a quelques jours, que, chez presque tous les aliénés que l'on avait ouverts depuis plusieurs années, il avait remarqué ces mêmes altérations de l'arachnoïde. » (*Lallemant* 2.me *Lettre sur l'encéphale, pag.* 245 *et suiv. Paris,* 1820).

L'accusateur termine en protestant que la réponse de M. Bayle ne lui a prouvé autre chose, sinon que l'accusateur s'était trompé en pensant, qu'en 1817, M. Bayle commençait ses études : il se rétracte donc et avoue qu'en 1814, M. Bayle, âgé de 15 ans, était déjà élève en médecine, et qu'en 1817, à l'âge de 18 ans, il était déjà instruit. Du reste, il persiste dans tous ses droits.

A. TROUSSEAU.

Nous ne pouvons mieux terminer notre réplique que par cette phrase extraite d'une lettre adressée par le docteur Ramon au Rédacteur des *Archives* : « La réponse de M. Bayle est une accusation formelle de calomnie, et les assertions que M. Bayle regarde comme calomnieuses sont établies sur les faits que j'ai communiqués à M. Trousseau. »

viendra général pour le bien de l'humanité. Nous ne doutons pas davantage, qu'il ne soit de la plus haute importance d'éclairer les praticiens et les pharmaciens sur la préparation et le mode d'administration de remèdes, précieux à la vérité, mais doués d'une énergie telle, que plusieurs d'entr'eux pourraient faire courir aux malades les plus grands dangers, s'ils étaient préparés ou administrés d'une manière autre que celle indiquée par l'expérience.

Cependant nous ne pouvons nous empêcher de nous demander à nous-mêmes, s'il est bien convenable à un médecin qui fait partie du corps savant le plus distingué de l'Europe, à l'un des premiers physiologistes du siècle, de se livrer à la rédaction d'un formulaire? Un ouvrage de ce genre ne devrait entrer que dans les attributions d'un élève, ou tout au plus dans celles d'un faiseur de manuels; et M. Magendie, dont la physiologie est le véritable domaine, ne manque assurément pas de sujets plus brillans et plus dignes d'exercer son génie.

Il suffit d'ailleurs de lire l'opuscule que nous annonçons, pour se convaincre que des occupations d'un ordre plus relevé ne lui ont pas permis d'en surveiller, comme il l'aurait fallu, la correction; en effet, s'il en était autrement, on n'y trouverait pas les fautes trop nombreuses qui le déparent. Mais comme les éditions se succèdent avec une rapidité qui a peu d'exemples, et que chaque année, ou à-peu-près, on a le soin d'en publier une nouvelle, nous ne devons pas désespérer de voir bientôt la septième, revue et augmentée, et probablement plus attentivement corrigée.

Manipulations chimiques; par FARADAY, *professeur de chimie à l'Institut royal de Londres; traduit de l'anglais par M.* MAISEAU, *traducteur de l'Enquête du Parlement anglais sur l'industrie, et revu pour la partie techniqoe, par M.* BUSSY, *professeur de chimie à l'Ecole de pharmacie de Paris, etc. Deux vol. in-8.° Paris,* 1827. *Chez Sautelet et comp., libraires, place de la Bourse.*

M. Faraday, en publiant cet ouvrage, n'a point eu dessein de faire connaître les principes de la chimie, il a voulu uniquement rendre plus facile la pratique de cette science. En effet, si l'on considère combien il importe d'opérer avec exactitude et précision dans les recherches auxquelles on se livre, soit sur l'action réciproque des divers corps de la nature, soit sur les propriétés particulières à chacun d'eux; si l'on considère que les résultats sont susceptibles de varier sous l'influence des causes les plus minimes en apparence, et si en même temps on réfléchit au peu d'extension que la plupart des auteurs ont donné dans leurs ouvrages à ce point capital des études

chimiques, on sentira sans peine qu'il était urgent de réunir en un seul traité, toutes les règles de conduite à tenir dans quelque expérience que ce soit. Cependant il serait possible que dans le détail des nombreuses manipulations décrites, quelques erreurs se fussent glissées; mais alors qu'on en aura fait la découverte, il sera facile de les rectifier dans le cours d'une seconde opération.. Du reste, le nom de M. Faraday, l'un des chimistes les plus distingués de la Grande Bretagne, et celui de M. Bussy, manipulateur d'une habileté reconnue, nous semblent être des garans suffisans de la bonté d'un livre destiné particulièrement à guider dans les recherches expérimentales que nécessite la chimie, ceux qui possèdent déjà les principes de cette science.

Traité théorique et pratique des maladies de la peau, etc.; par P. Rayer. — *Tome II.e*

Dans ce second volume M. Rayer complète l'histoire des maladies de la peau; il traite des inflammations squammeuses, linéaires, gangreneuses et multiformes; de congestions sanguines, des hémorrhagies cutanées et sous-cutanées, et des névroses de la peau. Il passe ensuite à l'histoire des altérations de la couleur de cette membrane, des sécrétions morbides dont elle peut être le siége, des vices de conformation qu'elle peut présenter. Puis passant à l'examen des altérations des dépendances de la peau, il expose les lésions diverses que présentent les ongles et les poils, enfin il étudie les divers corps étrangers tant organiques qu'inorganiques observés tant à la surface qu'au dessous et dans l'épaisseur de la peau. L'ouvrage renferme de plus un vocabulaire dans lequel M. Rayer cherche à établir la concordance entre les dénominations multiples des maladies cutanées, dénominations fréquemment employées les unes pour les autres, et discute souvent les opinions de ses devanciers relativement aux classifications. Il y a joint un formulaire où se trouve le mode de composition, de préparation et d'administration des médicamens internes et externes conseillés contre les maladies de la peau. Son travail est terminé par un parallèle entre le tégument externe et les membranes muqueuses dans lequel l'auteur cherche à établir que l'on retrouve dans les membranes muqueuses, les analogues de la plupart des maladies de la peau.

Comme dans la première partie de son ouvrage, M. Rayer s'est efforcé de porter dans l'étude des maladies de la peau, l'esprit de critique et de méthode dont il a donné des preuves dans ses autres travaux; il a basé ses divisions sur les formes élémentaires et primordiales des affections qu'il observait, et il est parvenu par ce moyen, sinon à donner une classification parfaite, ce qui est impossible, du

moins à en présenter une en harmonie avec l'état actuel de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. Il a su démêler, au milieu de descriptions vagues et inexactes, les traits de diverses affections signalées par les auteurs, et en donner un tableau fidèle, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant l'article *Lèpre*, dans le corps de l'ouvrage même, et dans le vocabulaire les articles *Lèpre*, *Lépreux* *Léproseries*.

Les siphylides que M. Rayer a rangées, avec raison, parmi les inflammations multiformes sont décrites d'une manière fort exacte. Mais on voit que l'auteur est dominé par les doctrines généralement admises, lorsqu'il dit que ces lésions ne peuvent se manifester que par suite du contact ou de l'absorption du virus vénérien. Nous avons vu des siphylides developpées chez des individus qui n'avaient présenté aucun symptôme vénérien primitif. Les rhagades sont des ulcérations dont la forme est déterminée par la forme des parties sur lesquelles elles se manifestent à la suite le plus ordinairement de l'affection désignée vicieusement sous le nom de pustule muqueuse, et que M. Rayer a démontré ne pas appartenir au genre pustule, et quelquefois aussi consécutivement à de véritables pustules. Nous ne pensons pas que M. Rayer ait d'expériences directes prouvant que les produits des sécrétions morbides opérées à la surface des siphylides soient contagieux, comme il l'avance; nous avons des raisons, que nous exposerons ailleurs, pour penser le contraire; cette opinion est depuis long-temps celle de M. Cullerier, c'était également celle de son oncle. On voit à l'article Diagnostic, que les caractères assignés à ces affections ne sont pas tellement tranchés, qu'il ne puisse y avoir dans la pratique des équivoques très-fréquentes; or quels sont d'après M. Rayer, les moyens d'éclaircir la question? La teinte violacée, cuivreuse, les cicatrices déprimées, la réunion d'autres symptômes dus au virus vénérien, enfin le succès d'un même traitement contre des affections variées. Nous espérons contribuer plus tard à prouver que ces bases de jugement sont loin d'être infaillibles, et que c'est l'idée permanente de la spécificité de la maladie et du traitement qui a été une cause fréquente d'erreur. Il est surprenant que M. Rayer, qui dans tout le cours de son ouvrage a insisté d'une manière pressante sur la nécessité des médications locales, ait dans ce chapitre suivi une marche toute différente. Observons en finissant, et pour faire voir combien on a prêté au mercure, et avec quelle prévention favorable on l'a toujours envisagé, que sur *huit* observations rapportées par M. Rayer, il y en a *cinq* dans lesquelles les malades avaient fait un traitement mercuriel qui ne les a pas empêché d'avoir des recidives après un temps assez court. M. Rayer, par un nouveau traitement du même genre, a fait disparaître les symptômes morbides, mais

quelle certitude a-t-il de plus qu'après un traitement simple et méthodique, que les accidens ne reviendront pas. Car, si plusieurs personnes considèrent la liqueur de Van-Swieten comme un bon moyen, beaucoup la regardent comme infidèle. On lit dans un opuscule moderne dont nous devons entretenir nos lecteurs, que la solution de sublimé est un mauvais moyen, parce qu'elle produit une disparition trop rapide des symptômes. On s'est montré bien peu sévère dans l'appréciation des faits sur lesquels a été établie la doctrine actuelle des maladies vénériennes, ou qu'on a apportés pour la soutenir.

Si l'on en excepte les inflammations squammeuses, la pustule maligne, la brûlure, l'onyxis, la plupart des autres articles sont consacrés soit à des maladies étrangères à nos contrées, soit à des lésions peu importantes et qui n'exigent presqu'aucun traitement, aussi ne seront-elles pour nous le sujet d'aucune discussion. Nous ne répéterons que le jugement que nous avons émis sur cet ouvrage, lors de l'apparition du premier volume; le suffrage public en a décidé d'une manière dont l'auteur a lieu d'être satisfait.

Le formulaire présente un choix des remèdes *dont l'expérience a constaté l'efficacité* contre les maladies de la peau; nous aimons à croire que M. Rayer, dans cette circonstance, s'est montré historien, et qu'il ne prend pas sous sa responsabilité tous les assemblages de médicamens, dont il nous a donné la collection. F. R.

Lettre à M. le chevalier de KERN, *par le docteur* CIVIALE, *sur la lithotritie.*

Dans une brochure publiée en Allemagne, M. Kern, chirurgien de l'empereur d'Autriche, s'est attaché à dénigrer (c'est le mot) la lithotritie, à prouver que cette opération était impossible ou extrêmement dangereuse. C'est dans le but de démontrer au docteur Kern qu'il s'est trompé sur tous les points, que le docteur Civiale a composé la lettre dont je vais rendre compte. Dans cette lettre, l'auteur a d'abord rassemblé une foule de passages qui font voir que de tout temps on a songé 1.° à dilater l'urètre pour extraire de petits calculs de la vessie sans inciser les parties; 2.° à se servir d'instrumens droits pour aller saisir ces calculs et les briser quand ils étaient trop volumineux pour être extraits par les voies naturelles; 3.° à montrer que la plupart des instrumens nécessaires pour pratiquer la lithotritie sont connus de temps immémorial; 4.° que la lithotritie est possible, puisqu'elle a été faite; 5.° qu'elle n'est nullement dangereuse; 6.° qu'il est l'inventeur des instrumens modifiés dont il se sert, et 7.° que c'est lui qui est le créateur de sa méthode.

M. Civiale me paraît avoir complètement raison contre M. Kern; il en serait de même, à mon avis, du 1.er, du 2.e, du 3.e, du 4.e et du 5.e points, s'il avait été plus impartial relativement à l'im-

portance des recherches de M. Amussat. Quant aux deux derniers malgré les raisons assez plausibles qu'il donne en sa faveur, comme il y va de son honneur et de celui de ses compétiteurs, je n'ai pas une conviction assez intime pour me permettre de prononcer entre eux. Seulement je crois devoir l'avertir, dans son intérêt particulier, qu'en cherchant à rabaisser si fort le mérite des autres, il les excite naturellement à récriminer vivement contre lui, et que souvent le moyen de ne rien avoir est de vouloir tout obtenir. VELPEAU.

De la Cystotomie sus pubienne; par M. BELMAS.

Il semblerait, d'après ce que j'ai dit de la lithotritie, en parlant de l'ouvrage du docteur Civiale, que la lithotomie doit incessamment perdre le vif intérêt qu'elle inspirait naguère à tous les chirurgiens. Malheureusement il n'en est point ainsi; la taille sera toujours nécessaire, et partant, les hommes qui s'efforceront d'en diminuer les dangers mériteront toujours des encouragemens.

Pendant une longue suite de siècles, la lithotomie sous-pubienne fut la seule employée; pressé par la nécessité, Franco fit l'extraction d'un calcul par l'hypogastre, et le haut appareil fut créé. Depuis cette époque, Rousset, Douglas, Morand, Cheselden, Frère Côme et divers autres chirurgiens, ont donné des éloges à la taille suspubienne, qui, dans ces derniers temps, a subi plusieurs modifications en France, en Angleterre et en Italie, entre les mains de MM. Souberbielle, Drivon, Amussat, Pinel-Grandchamp, Ev. Home et Scarpa. Mais, jusqu'à présent, on ne l'a pratiquée qu'un petit nombre de fois dans les hôpitaux, et les opérateurs les plus répandus de notre époque paraissent être convenus de n'y avoir recours que dans les cas de pierre très-volumineuse, ou quand une raison puissante empêche de se frayer une route à travers le périnée. Personne n'avait entrepris d'en rassembler et d'en discuter tous les élémens, pour en faire un corps d'ouvrage; M. Belmas s'est chargé de cette tâche, et je crois qu'il l'a dignement remplie.

Son ouvrage renferme d'abord une histoire abrégée de la taille hypogastrique, beaucoup plus instructive que celle qui est exposée dans l'ouvrage de Sprengel; l'auteur entre ensuite dans de longs détails anatomiques, qu'il aurait pu abréger sans diminuer l'utilité de son travail, sur la région hypogastro-périnéale; dans lesquels il semble éviter avec une sorte d'affectation de parler de ceux de ses confrères qui ont fait tout récemment l'anatomie chirurgicale des mêmes régions et des mêmes parties. Dans un troisième chapitre, après avoir donné quelques considérations chirurgicales, il expose les dispositions avantageuses ou désavantageuses où peuvent se trouver les malades, puis il s'occupe du manuel de l'opération, et des

accidens qui peuvent la suivre; enfin il termine par un parallèle entre les différentes méthodes de tailler, et conclut que le haut appareil peut être adopté avec avantage comme méthode générale. Deux planches fort exactes représentent les instrumens de M. Souberbielle et ceux que M. Belmas a modifiés.

Personne, jusqu'ici, ne s'était trouvé placé dans des conditions plus avantageuses pour donner un traité complet de la cystotomie sus-pubienne que M. Belmas; pouvant puiser à pleines mains dans la pratique du docteur Souberbielle, il a rencontré là une mine féconde, à laquelle nulle autre ne peut être comparée. Ayant été à même de faire des recherches nombreuses sur le cadavre, d'opérer lui-même et de voir opérer sur le vivant, pouvant disposer d'une foule d'observations plus ou moins intéressantes, il a pu composer un ouvrage qui, loin d'être purement dogmatique ou spéculatif, est, au contraire, essentiellement pratique. Les différentes parties en sont traitées avec soin et non sans talent; le chapitre relatif au manuel opératoire, surtout, m'a paru mériter l'attention des gens de l'art; l'auteur y conseille diverses modifications, soit dans les instrumens, tels que le trois-quarts-bistouri de frère Côme, le bistouri boutonné, la sonde à-dard, le crochet élévateur, etc., soit dans la manière de les conduire, qui me semblent devoir être adoptées en partie. Il prouve, par des faits, que la blessure du péritoine et l'infiltration des urines dans le tissu cellulaire lâche qui entoure la vessie, sont bien plus rares et bien moins dangereuses qu'on ne s'est plu à le répéter dans tous les livres de chirurgie; ce qui rendrait inutile la suture de la vessie, vantée autrefois par Solingen, Dionis, J. L. Petit, Rossi, Gehler, Proebisch, Berrier, etc., et recommandée de nouveau dans ces derniers temps, par M. Pinel-Grandchamp, ainsi que la canule de gomme élastique proposée par Kirby et M. Amussat. Toutefois, je me permettrai une seconde fois de dire à M. Belmas qu'il parle avec trop de dédain de ses jeunes confrères.

Ce qui avait principalement éloigné les chirurgiens de la taille hypogastrique, c'était l'incision que, d'après frère Côme, il fallait préliminairement pratiquer au périnée. Or, sir Ev. Home a fait voir, sur deux malades opérés à Londres, que cette précaution était inutile, et M. Belmas démontre que le docteur Souberbielle n'a qu'à se louer de l'avoir rejetée.

Long-temps j'ai nourri de fortes préventions contre la lithotomie sus-pubienne; j'en ai donné les motifs en traitant de la région hypogastrique et de la vessie dans mon Anatomie chirurgicale. Mais j'avouerai qu'aujourd'hui la plupart de mes craintes se sont dissipées. Après avoir lu le travail de M. Belmas, j'ai voulu voir M. Souberbielle opérer lui-même, et il est de fait que sur trois sujets, dont deux étaient dans des conditions fort défavorables, l'extraction des calculs a été faite avec facilité, promptitude, et sans produire beaucoup de souffrances; que ces trois malades se sont très-bien rétablis, et que l'un d'eux a pu se lever au bout de quelques jours.

En résumé, je pense que le livre de M. Belmas sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'occupent de la lithotomie; qu'il est de nature à modifier l'opinion de beaucoup de chirurgiens, sur la taille par le haut appareil; qu'en le publiant, son auteur a rendu un véritable service à la science, et qu'il s'est fait beaucoup d'honneur.

VELPEAU.

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

FÉVRIER 1828.

Nouveau Mémoire sur le sang considéré sous le rapport médico-légal; par M. ORFILA. *Lu à l'Académie royale de Médecine, le 29 janvier* 1828.

LA Section de Médecine a entendu dans la séance du 15 de ce mois, la lecture d'un mémoire de M. Raspail, (1) ayant pour objet de prouver que ni le microscope, ni les expériences chimiques ne peuvent faire reconnaître des taches de sang. Ce mémoire n'a été adressé par l'auteur à l'académie royale de médecine, comme il le dit dans la lettre d'envoi, que parce que six mois auparavant j'avais entretenu cette compagnie du même sujet, et que j'avais, au contraire, conclu qu'il était possible de constater la présence de ces taches. M. Raspail, pénétré de toute l'importance de la question qu'il traitait, a pensé qu'il n'était pas convenable de laisser plus long-temps dans l'erreur les nombreux médecins et pharmaciens français et étrangers, qui auraient pu prendre mon travail pour guide. Aussi n'a-t-il épargné aucun moyen d'atteindre le but

(1) *Voyez* le compte-rendu des séances de l'Académie, à la fin de ce Numéro. (*Le R.*)

qu'il se proposait; non seulement il a fait de toutes pièces du sang qui, suivant lui, partage tous les caractères que j'ai assignés au sang humain, mais encore il a fait pressentir la possibilité de découvrir un jour au moins vingt substances qui jouiront des mêmes propriétés. Il a été plus loin; il a annoncé que ce n'était que *jusqu'à un certain point*, et non d'une manière absolue comme je l'avais dit, que l'on pouvait distinguer le sang humain du citrate et du tritoxide de fer, de la garance, du carthame, de la cochenille et du bois de Brésil. A entendre M. Raspail, je devrais m'estimer heureux, si la science conservait un léger souvenir de mon travail. La section sentira aisément qu'il ne m'est guère permis de garder le silence dans cette conjoncture; d'autant plus que j'ai la certitude, que depuis la publication de mon mémoire on a déja conclu plus d'une fois, devant les tribunaux du royaume, que certaines taches étaient formées par du sang, parce qu'elles présentaient les caractères que j'ai indiqués. J'aborde donc franchement la question.

Le Mémoire de M. Raspail, se composant de deux parties bien distinctes, l'une qui a pour objet des expériences chimiques et l'autre des observations microscopiques, je dirai d'abord relativement à ces dernières, que n'étant aucunement en contradiction avec ce que j'ai avancé, je ne m'en occuperai pas; seulement je rappellerai à M. Raspail et à la section, que j'ai lu dans cette enceinte, le 21 août dernier, une note dans laquelle j'établissais *déja* l'insuffisance du microscope pour reconnaître les taches de sang sur les étoffes. (Voyez *le Journal de chimie médicale*, n.° de septembre 1827).

Les expériences chimiques de M. Raspail tendent à établir, 1.° qu'il existe une matière rouge avec laquelle on peut faire des taches semblables à celles du sang; 2.° que l'on ne peut pas assurer qu'on ne découvrira pas un jour

vingt substances capables de mettre en défaut les réactifs que j'ai indiqués pour reconnaître le sang. Examinons chacun de ces points.

A. *Il existe une matière rouge avec laquelle on peut faire des taches semblables à celles du sang*. Cette matière n'est autre chose qu'un blanc d'œuf de poule dans lequel on a laissé séjourner quelques heures un sachet de toile rempli de garance en poudre légèrement humectée d'eau; le mélange est ensuite exposé à une température de 25 à 30 degrés centigr. pour le dessécher et lui donner l'apparence d'une tache rouge.

Je ne doute pas que M. Raspail n'ait puisé dans mon premier mémoire sur le sang, l'idée de préparer une pareille matière; voici ce que je disais, en effet, en parlant de la garance. « Lorsque cette matière est étendue d'eau, sa couleur a de *l'analogie* avec celle de la matière *colorante du sang*; l'ammoniaque fonce cette couleur; l'infusion de noix de galle ne trouble pas la liqueur; les acides sulfurique et nitrique la jaunissent et la rendent un peu louche; le chlore la jaunit d'abord, puis la verdit, et finit par la décolorer sans qu'elle devienne même opaline. On voit par ces expériences, que si cette matière ressemble *sous quelques rapports*, au principe colorant du sang, elle en diffère pourtant assez pour qu'on ne puisse pas la confondre avec lui. » (*Journal de chimie médicale*, n.° d'août 1827).

Mais il importe peu à la science qu'une découverte ait pris naissance ici ou plus loin; ce à quoi il faut s'attacher, c'est de savoir si l'annonce d'un nouveau fait est vraie ou fausse. Or, dans l'espèce, il ne saurait y avoir de doute. M. Raspail s'est trompé.

Que l'on répète l'expérience, comme il l'indique dans son mémoire, avec un blanc d'œuf entier et de la garance, sans addition d'eau, ou bien qu'après avoir délayé le blanc



d'œuf dans trois ou quatre fois son volume d'eau, on le laisse pendant quelques heures en contact avec de la garance, on obtiendra une matière qui, étant desséchée à 25 ou 30° centigr., offrira une couleur rouge, et dont je vais comparer les propriétés à celles du sang desséché.

Propriétés physiques. — On pourrait à la rigueur tirer parti, pour distinguer ces deux matières, des différences de couleur et de transparence qui existent entre le sang et le mélange d'albumine et de garance parfaitement desséchés; en effet, jamais la nuance de ce dernier mélange ne sera la même que celle du sang, et il pourra même arriver, lorsqu'on aura employé peu de garance, qu'elle en soit tellement distincte, qu'il devienne inutile de recourir à d'autres caractères. Mais j'accorde volontiers que ces propriétés physiques soient insuffisantes pour établir cette distinction lorsque le mélange artificiel est fortement coloré; il n'en sera pas de même des caractères chimiques.

Propriétés chimiques. — En traitant comparativement ces deux matières par l'eau distillée froide, le sang cédera sa matière colorante à l'eau, et laissera la fibrine sous forme de filamens plus ou moins colorés, suivant qu'ils auront été plus ou moins bien lavés; mais dans aucun cas cette fibrine *ne se dissoudra* dans le liquide. Le mélange de blanc d'œuf desséché et de garance, au contraire, traité de la même manière cédera à l'eau, et la matière colorante et l'albumine, attendu que celle-ci, après avoir été desséchée à 25 ou 30° centigr. est très-soluble dans ce liquide froid, fait qui a certainement échappé à M. Raspail. Je dirai toutefois, à cette occasion, que lorsque le blanc d'œuf n'a pas été étendu d'eau et filtré, avant de le dessécher, l'eau froide ne dissout pas complètement la tache rouge, et qu'il reste quelques légers filamens qui ne sont autre chose que les



corpuscules déliés, que l'on voit nager dans le liquide, lorsqu'on agite un blanc d'œuf dans trois ou quatre parties d'eau. Mais il est impossible de se méprendre; la quantité de matière non dissoute est très-peu sensible, en comparaison de celle qui ne l'est pas, lorsqu'on traite la tache de sang par l'eau; d'ailleurs il est aisé de reconnaître ces filamens du blanc d'œuf.

La liqueur aqueuse provenant de l'action de l'eau sur les taches des deux matières, offre les différences suivantes :

1.° Elle est rouge orangée, lorsque c'est la garance qui la colore, tandis que dans l'autre cas elle est d'un rouge brun.

2.° Chauffée dans un tube de verre, jusqu'à l'ébullition, elle se coagule ou devient seulement opaline, suivant qu'elle contient plus ou moins d'albumine; mais si elle provient du mélange de garance et de blanc d'œuf, elle fournit un liquide *jaune rosé* ou *rouge*, et un coagulum *rosé* dont on peut enlever une partie de la couleur par le lavage avec de l'eau; tandis que le sang donne un liquide et un coagulum d'un *gris verdâtre* sans *la plus légère trace* de nuance rouge: ce coagulum gris verdâtre peut être dissous rapidement par la potasse, et alors la liqueur acquiert une couleur brune rouge, lorsqu'elle est vue par réfraction. Cette différence importante est connue de tous les chimistes et même des ouvriers teinturiers qui emploient la garance; et j'ai lieu de m'étonner qu'elle ait été ignorée de M. Raspail. Il y a plus, c'est que si le mélange de garance et de blanc d'œuf perdait sa couleur rouge par l'ébullition, comme le fait le sang, l'opération, qui porte le nom de *garançage*, n'existerait pas; en effet, dans les ateliers de teinture, lorsqu'on veut teindre le coton en rouge, ne fait-on pas bouillir 400 pintes d'eau avec 50 livres de garance, et à peu près

autant de sang de bœuf? (1) Si, en se coagulant, l'albumine du sang faisait perdre à la garance sa couleur rouge, il n'y aurait pas possibilité de teindre en cette couleur. D'ailleurs, je puis affirmer, qu'ayant fait bouillir un mélange de sang de bœuf et de décoction de garance, la liqueur a conservé une couleur rouge, au lieu de la couleur grise-verdâtre, que présente le sang coagulé.

3.° Les acides nitrique et sulfurique coagulent la liqueur qui provient du sang; le caillot est *gris-rosé*, et la liqueur qui le surnage, lorsqu'on l'a bien laissé déposer, est *incolore* et un peu louche. Le mélange liquide d'albumine et de garance, traité par ces acides, est également coagulé; mais le caillot est *jaune paille*, et la liqueur surnageante est *jaunâtre*.

4.° L'infusion aqueuse de noix de galle faite à froid, coagule le sang en *gris rosé*, tandis qu'elle précipite le prétendu sang en *blanc jaunâtre*.

5.° Les dissolutions d'alun et de perchlorure d'étain, délaient seulement la couleur du sang, *sans la changer*; au contraire, le mélange d'albumine et de garance est *jauni* par ces dissolutions.

6.° L'alcool concentré fait naître, au bout de quelques heures, un coagulum *rouge de chair*, à moins que la dissolution du sang ne soit trop étendue : la liqueur filtrée est complètement *décolorée*; tandis qu'on obtient avec l'alcohol et le prétendu sang un coagulum *rose*, et une liqueur qui étant filtrée est d'un *fauve tirant sur le rose*.

7.° L'ammoniaque n'altère pas ou altère à peine la couleur du sang, tandis qu'elle fait virer sensiblement au *violet* celle du mélange d'albumine et de garance.

8.° Ajoutons que l'acide hydrochlorique pur et concentré

(1) *Voyez* les *Élémens de l'art de la teinture*, par Berthollet, tom. II, pag. 158, édition de 1791; et le *Cours élémentaire de teinture*, par Vitalis, pag. 324, édition de 1827.

ne *jaunit* point la tache de sang, mais qu'il *brunit* davantage sa couleur : le mélange solide d'albumine et de garance, au contraire, passe peu-à-peu *au jaune* par l'action de l'acide hydrochlorique, au point qu'il suffit de 20 à 25 minutes pour que cette nuance soit très-manifeste (1).

Objectera-t-on, par hasard, que les deux dissolutions dont j'ai parlé jusqu'à présent n'ont offert des *différences aussi tranchées*, que parce qu'elles n'étaient pas très-étendues, et que certainement on aurait observé le contraire en agissant sur de très-petites taches de sang. Je répondrai, qu'en traitant comparativement par 16 grains d'eau une tache de sang et une tache d'albumine colorée, chacune du poids d'un $\frac{1}{5}$ de grain, on remarque tous les phénomènes précédemment indiqués, et les caractères sont tellement tranchés, qu'il n'est pas douteux que l'on ne puisse parvenir à reconnaître $\frac{1}{15}$ de grain de sang desséché et dissous dans 10 grains d'eau.

Comment peut-il donc se faire, après des données aussi positives, que M. Raspail ait annoncé que le mélange d'albumine et de garance ne pouvait pas être distingué du sang. Comment n'a-t-il pas prévu, que dans l'intérêt de l'humanité, pour me servir de ses propres expressions, je chercherais à donner la plus grande publicité à sa prétendue découverte, et qu'à l'heure qu'il

(1) Il est inutile de rappeler que dans les recherches médico-légales relatives aux taches de sang, il ne faut jamais oublier de traiter la liqueur rouge par le chlore et par l'hydrocyanate ferruré de potasse, comme je l'ai dit dans mon premier Mémoire. Si je n'en ai pas parlé ici, c'est que je n'ai voulu mentionner que ceux des réactifs qui peuvent servir à distinguer le sang de la matière préparée par M. Raspail, et qu'en effet le chlore et l'hydrocyanate ferruré de potasse se comportent avec cette matière à-peu-près comme avec le sang.

est, peut-être on s'occupe déjà partout de vérifier des faits incapables de soutenir le plus léger examen ? Voici, je crois, l'explication la plus plausible de la démarche inconcevable de M. Raspail. Il a vu que la chaleur, les acides sulfurique et nitrique, et l'infusion de noix de galle coagulaient le mélange d'albumine et de garance, et parce que ces réactifs coagulent aussi le sang, il a conclu qu'il y avait identité !!! Etrange manière de raisonner : il faudra donc conclure aussi que les sels de fer et de mercure sont identiques, parce que les uns et les autres précipitent par les hydrosulfates, par la potasse, la soude, l'ammoniaque, l'hydrocyanate ferruré de potasse, etc. ? Non, certes : et tout comme il suffira pour distinguer les sels de fer des sels de mercure, d'examiner la couleur des différens précipités, de même on distinguera aisément le sang, de l'albumine colorée par la garance, parce que les quatre réactifs précités font naître dans ces matières des *coagulum* de couleur différente, et que les liquides qui surnagent les caillots sont aussi autrement colorés.

B. La première proposition, avancée par M. Raspail, étant complètement réfutée, je passe à la seconde, que voici : *L'on ne peut pas assurer que l'on ne découvrira pas un jour vingt substances capables de mettre en défaut les réactifs employés par M. Orfila pour reconnaître le sang.* « En chimie organique, où presque tout est chaos, ou presque tout est mystère, dit M. Raspail, qui oserait m'assurer qu'on ne saurait rencontrer vingt substances capables de mettre en défaut mes réactifs par la versatilité de leurs caractères, et par la délicatesse de leurs combinaisons (Mémoire cité). » Il est aisé de sentir combien il est difficile, lorsqu'on est entraîné dans le *domaine des possibilités*, de rien affirmer d'avance. Je doute fort cependant qu'on arrive jamais à un pareil résultat, et j'engage sincèrement M. Raspail, dans l'in-

térêt de la médecine légale, à chercher les composés qu'il annonce. Lorsqu'il en aura trouvé, je dirai avec lui : *On ne peut pas reconnaître le sang par des moyens chimiques*. En attendant, j'*affirme* le contraire.

Je serais blâmable si je ne saisissais pas cette occasion de faire ressortir toute l'importance de la dernière question soulevée par M. Raspail; la médecine légale en offre peu d'un aussi grand intérêt; en effet, Messieurs, elle ne tend rien moins qu'à porter le trouble dans toutes les affaires judiciaires, relatives à l'empoisonnement. Je crois pouvoir le démontrer sans peine. Lorsqu'un médecin est interrogé par le magistrat sur la nature de certaines taches, que l'on croit être formées par du sang, l'homme de l'art ne doit s'occuper et ne s'occupe en effet que de ce qui est connu : si la substance présente les propriétés du sang, et qu'elle soit distincte de toutes les matières avec lesquelles on pourrait *actuellement* la confondre, il prononce et il *doit* prononcer que cette substance est du sang. De même, dans un cas d'empoisonnement, lorsque la matière suspecte possède les caractères de l'opium, d'un sel de morphine ou de brucine, on n'hésite pas à affirmer que l'empoisonnement a eu lieu, parce que ces caractères suffisent pour distinguer ces poisons de tous les corps avec lesquels on pourrait *actuellement* les confondre. Eh bien! supposons maintenant que guidé par les nouvelles idées de M. Raspail, ce médecin, après avoir constaté tous les caractères du sang, n'ose pas se prononcer sur sa nature, parce qu'il peut se faire que dans mille ans, on découvre un corps qui offrira toutes les propriétés *actuellement* connues de ce liquide. Pourquoi voudriez-vous, qu'appelé pour donner son avis dans un cas d'empoisonnement, ce même médecin, qui aurait bien reconnu l'opium, un sel de morphine ou de brucine, ne dit au magistrat qu'il ne peut rien affirmer, parce qu'il n'est pas impossible que

l'on trouve un jour des matières offrant les propriétés qui caractérisent aujourd'hui ces poisons? Vous voyez, Messieurs, que la parité est parfaite. Mais je vais plus loin, et ce que j'ai dit de l'empoisonnement par l'opium, par un sel de morphine ou de brucine, je puis le dire de l'acide arsénieux et du sublimé corrosif; en effet, l'origine et le mode de formation de ces poisons minéraux me sont aussi inconnus, que ceux du sang et des poisons végétaux dont j'ai parlé; et quand je vois le nitrate de potasse, produit considéré comme appartenant au règne minéral, se former de toutes pièces dans le sol des écuries, dans les bergeries, etc., qui pourra m'assurer qu'il n'en sera pas de même un jour de l'arsénic métallique et du mercure, que l'on regarde encore comme des corps simples, mais qui sont probablement formés de plusieurs élémens? Sans doute, qu'interpellé aujourd'hui sur un cas d'empoisonnement par le nitrate de potasse, je ne cacherais pas au magistrat que la quantité de ce sel trouvée dans les organes digestifs du cadavre, pourrait bien être en totalité ou en partie le résultat de l'altération éprouvée par la matière animale, et non de l'empoisonnement, surtout s'il s'agissait d'un cadavre inhumé depuis long-temps, et qui aurait été en contact immédiat avec la terre; mais je ne m'exprimerais ainsi que parce que je sais *positivement* que le nitrate de potasse peut se produire pendant la décomposition de nos organes, quand ils sont en contact avec de la terre, avec des débris de végétaux, etc. J'en dirais autant plus tard de l'acide arsénieux et du sublimé corrosif, si la science était parvenue à m'apprendre, ce qui n'est pas impossible, que sous l'influence de certaines conditions, la décomposition putride peut donner naissance à de semblables matières. Mais en attendant cette découverte, je déclarerai qu'une matière est de l'acide arsénieux, du sublimé corrosif, de l'opium, un sel de

morphine ou de brucine, et même du sang, quoi qu'en dise M. Raspail, lorsqu'elle présentera les propriétés reconnues suffisantes aujourd'hui, pour la caractériser.

La Section sentira facilement combien seraient déplorables les conséquences d'un système de déposition aussi conjectural que celui qui serait basé sur les nouvelles idées de M. Raspail. Abandonnons aux défenseurs des accusés le soin de faire valoir tout ce qui peut être utile à la défense : ne blâmons même pas cet avocat distingué qui, dans une affaire remarquable jugée en 1823 à la Cour royale de Paris, ne pouvant pas nier que de l'acide arsénieux eût été trouvé dans le canal digestif du cadavre de Boursier, s'écria tout-à-coup : « Eh bien ! Messieurs les jurés, quel est celui d'entre vous qui oserait affirmer que dans le sein de la terre, et pendant les trente-deux jours que le cadavre a subi une décomposition des plus marquées, il ne se soit pas formé une matière nouvelle jouissant de toutes les propriétés actuellement connues de l'acide arsénieux. » ? ! ! !

Le rôle du défenseur diffère beaucoup de celui du médecin; en effet, si celui-ci doit craindre de compromettre les intérêts, l'honneur et la vie de l'accusé, il ne doit jamais oublier que la société allarmée attend la punition du coupable.

Je terminerai ce Mémoire, déjà trop long, par les conclusions suivantes :

1.° En annonçant que les taches de sang sur les étoffes ne pouvaient pas être reconnues au moyen du microscope, M. Raspail a été d'accord avec la vérité, ainsi que je l'avais démontré avant lui.

2.° En indiquant les expériences chimiques comme insuffisantes pour reconnaître ces mêmes taches, et notamment pour les distinguer de celles que produit un mélange d'albumine et de garance, M. Raspail a commis une erreur des plus grossières.

3.° En émettant cette nouvelle proposition que l'on ne saurait conclure qu'une substance est du sang, parce qu'on pourra découvrir plus tard plusieurs matières qui lui ressemblent, M. Raspail a établi un principe médico-légal qu'il serait dangereux d'adopter, et qui est même repoussé par une saine logique.

Je rappellerai à la Section, que, dans la dernière séance, je l'ai priée instamment de nommer une commission qui serait chargée de faire un rapport sur le Mémoire de M. Raspail; j'ai demandé aussi à être admis auprès de cette commission pour lui prouver l'inexactitude des résultats annoncés par l'auteur du Mémoire. Je réclame encore une faveur que l'Académie s'empressera sans doute de m'accorder; c'est que M. Raspail soit invité à assister aux travaux de la commission, et que les expériences soient faites avec les matériaux qu'il aura préparés lui-même.

Je ne saurais trop engager ceux de MM. les médecins et pharmaciens qui sont le plus souvent appelés devant les tribunaux pour juger les questions de médecine légale, *à répéter les expériences* de M. Raspail, et à comparer son prétendu sang au sang véritable; ils ne tarderont pas à reconnaître avec moi, non seulement qu'il existe entre ces deux matières, les différences que je viens de signaler dans ce travail, mais encore qu'il est aisé de les distinguer en n'ayant égard qu'aux *caractères que j'avais indiqués* dans le mémoire lu à l'académie, dans le mois de juillet 1827; en effet, j'y parlais de l'action de l'eau et de l'acide hydrochlorique sur le sang solide, et de celle de la chaleur, des acides nitrique et sulfurique, de l'ammoniaque et de l'infusion aqueuse de noix de galle sur la dissolution aqueuse du sang : or il ne s'agit que de regarder pour se convaincre que ces divers réactifs agissent autrement sur le

sang que sur le mélange d'albumine et de garance. Du reste il ne paraît pas que notre célèbre Vauquelin soit disposé à adopter les nouvelles idées de M. Raspail, car ayant été appelé le 4 fevrier de cette année conjointement avec M. Barruel, pour déterminer si des taches que l'on voyait sur un chapeau, sur une blouse, sur un pantalon et sur un soulier, étaient ou non produites par du sang, il a *répondu affirmativement*, comme on peut s'en assurer en lisant le rapport qu'il a adressé au sieur Vanin de Courville, juge d'instruction. Or M. Vauquelin connaissait les expériences que M. Raspail avait lues à la Société philomatique *un mois auparavant.* Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que précisément la conclusion de MM. Vauquelin et Barruel n'était affirmative que parce que la matière sur laquelle ils avaient opéré possédait les caractères que j'ai assignés au sang dans mon premier mémoire. (1) M. Raspail répondra t-il par hazard, que l'illustre chimiste que l'Europe a placé au premier rang des analystes, et que les tribunaux ont si souvent consulté, n'a pas compris la question? !!!!

Luxation en avant de l'extrémité supérieure du radius; observation recueillie par M. Willaume, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Instruction de Metz, correspondant de l'Académie royale de Médecine.*

Les signes diagnostiques de la luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant ne sont pas encore déter-

(1) M. Vauquelin s'est contenté de constater les propriétés physiques des taches, de les traiter par l'eau, et de mettre la dissolution aqueuse en contact avec la chaleur, le chlore et la noix de galle. (*Voyez le Rapport déjà cité.*)

minés avec une précision telle qu'on ne puisse la méconnaître, et les conséquences d'une erreur de diagnostic en ce cas sont tellement graves, que la publication de nouveaux faits de ce genre peut encore, ce me semble, être utile.

Il y a plus, dans un traité de chirurgie publié dans ces derniers temps, et qui, sans marquer l'état actuel de la science, est cependant l'œuvre d'un praticien consommé, la possibilité de la luxation dont il s'agit est révoquée en doute, et l'on avance qu'on n'en connait pas d'observation bien constatée, bien authentique; que, dans l'état présent de nos connaissances, on ne peut admettre cette luxation.

Dans le Dictionnaire des Sciences Médicales, qui semblerait devoir marquer cet état, mais qui est loin de là, le même praticien qui a rédigé l'article RADIUS répète les mêmes assertions. Les auteurs de l'abrégé de ce Dictionnaire, moins affirmatifs, ont dit que cette luxation est, sinon impossible, du moins très-rare, puisqu'aucune observation authentique ne la constate.

Avant ces écrivains, Desault enseignait la même doctrine, et doutait de la possibilité des déplacemens subits de l'extrémité supérieure du radius; le rédacteur de ses œuvres les rejette jusqu'à ce que de nouveaux faits soient venus en confirmer la réalité.

Ces faits se sont présentés, puisque l'auteur d'un *Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales* admet les déplacemens dont il s'agit, qu'il dit être déterminés par des mouvemens forcés de rotation de l'avant-bras; il se tait sur la fréquence relative des luxations en avant et en arrière, de la petite tête de l'humérus. Voici, selon lui, les signes les plus ordinaires de la première : « Le plus souvent extension et supination de l'avant-bras, quelquefois cependant il est fléchi légèrement et fixé dans la pro-

nation. On remarque au-dessous et en arrière de la petite tête de l'humérus une dépression manifeste; au-devant de cette même éminence est une tumeur qui correspond à l'extrémité supérieure du radius. » Cette description et les manœuvres diverses qu'indique le professeur de Montpellier, supposent deux variétés de cette luxation en avant, dont il ne donne ni les motifs, ni les caractères, et dont les différences doivent cependant être assez tranchées, puisque les mouvemens de rotation qu'il veut que l'on fasse exécuter à l'avant-bras dans l'acte de la réduction, sont en sens inverse dans les deux cas.

Cependant, ce déplacement s'opérant avec une précision invariable, mathématique, les phénomènes qui l'expriment devraient être constans. Cette différence tiendrait-elle à la manière d'agir de la cause qui a produit la luxation? Par exemple, lorsqu'elle serait le résultat d'un mouvement forcé de supination, comme dans l'action de suspendre un enfant par le bras ou de tordre fortement le poignet, l'avant-bras conserverait la position forcée qui a produit la luxation, tandis qu'il se présenterait dans la pronation ou dans un état moyen entre elle et la supination, quand le déplacement serait le résultat d'une chute sur la main, le bras étant tendu; c'est de cette dernière manière que se passèrent les choses dans le cas que je vais rapporter.

Il arrive fréquemment que l'on fait peu de cas des remarques et des observations d'un praticien modeste que n'environne pas l'éclat d'une grande réputation, et la science y perd réellement; cette réflexion s'applique parfaitement à ce qu'a publié, sur les luxations du radius, à des époques fort éloignées l'une de l'autre, un praticien estimable d'une petite ville de Lorraine, M. Rouyer.

Il paraît que ce chirurgien, vieilli dans la pratique,

comme il le dit lui-même, en a plus rencontré à lui seul que tous les écrivains qui nous sont offerts pour guides. Dès 1786, il avait présenté à l'Académie royale de chirurgie un mémoire sur le diastasis qui fut couronné dans la séance publique de cette société, tenue la même année ; dans ce mémoire il avance que les chutes sur le poignet sont la cause la plus fréquente de la luxation de l'extrémité supérieure du radius ; que celle qui a lieu en avant est la plus commune, puisque de quatre de ces luxations qu'il a rencontrées, il y en avait trois en avant. Il s'étaye, pour appuyer cette assertion contraire à l'expérience des autres praticiens, du dire d'un écrivain peu fait pour inspirer la confiance en cette matière, de l'auteur d'un Manuel de santé publié il y a une quinzaine d'années, lequel, il est vrai, s'appuie lui-même de l'autorité respectable du professeur Lassus, dont il paraîtrait avoir connu l'opinion à cet égard, opinion recueillie vraisemblablement dans des leçons orales, car je ne sache pas qu'il ait rien écrit sur ce sujet.

Le vieux praticien de Mirecourt publia en 1817 un mémoire sur la fracture de l'os maxillaire inférieur à sa symphyse, et sur les luxations du radius à son extrémité supérieure, lequel fut lu à la séance de la société de médecine de Paris [illegible] décembre même année, et inséré dans le Journal général de Médecine, n.° d'avril 1818.

» Il est facile, dit-il, de reconnaître la luxation en arrière, à la tumeur qui paraît dans cette partie dégarnie de muscles ; l'avant-bras est à demi fléchi, le tendon du biceps est tendu et saillant, les mouvemens de l'articulation sont douloureux et pénibles, cependant l'extension l'est plus que la flexion.

» La luxation en devant est plus difficile à reconnaître, parce que la tête du rayon se trouve cachée par des mus-

cles épais, mais on peut sentir, par la partie postérieure, l'éminence articulaire extérieure de l'humérus, et par l'antérieure, la tête du rayon; l'avant-bras est moins fléchi, le tendon du biceps est relâché, les mouvemens de la partie sont également difficiles et douloureux, à l'exception de l'extension qui l'est moins.

« Dans l'une et l'autre luxations, la flexion de l'avant-bras, faite subitement après l'avoir empoigné d'une main, et de l'autre appuyant sur la tête du rayon pour le diriger dans sa place, m'a toujours réussi; bien entendu qu'on fait tenir le bras dans une situation fixe. » Il rétracte d'ailleurs ici ce qu'il avait dit de la plus grande fréquence de la luxation en avant. Les préceptes du chirurgien de Mirecourt sont précieux au milieu du silence général des auteurs sur cette matière, et l'on a eu tort de les négliger; car, ainsi qu'il le dit fort bien : « lorsque je présentai à l'Académie royale de chirurgie le mémoire dont je viens d'extraire ce qui a rapport à la luxation latérale des os de l'avant-bras, je n'avais d'autre dessein que de les faire connaître plus qu'elles ne l'étaient, car aucun auteur n'en avait parlé, et je pense être un des premiers qui l'ait fait d'une manière positive, tant pour le diagnostic que pour la manière d'en opérer la réduction. » Ce praticien estimable a perdu sa peine, puisqu'aujourd'hui on répète encore qu'on ne connaît pas d'observation authentique de la luxation du radius en avant; en voici une que je présente, mu par les mêmes motifs que lui.

Le jeune Victor G...., âgé de 7 ans, assez délicat, fils de M. G...., lieutenant-colonel d'artillerie attaché à la direction de la place de Metz, étant monté sur un âne, se laisse glisser sur le côté gauche pour éviter de se heurter à droite contre un obstacle que l'on allait atteindre, et tombe le bras gauche tendu comme pour aller au-devant du sol; c'était un terrain sablé, il se relève en se

plaignant de l'articulation du coude qu'il ne peut fléchir. Je vis l'enfant une heure après l'accident, le bras gauche pendant se présentait à demi fléchi, dans une position moyenne, entre la pronation et la supination. Il n'y avait pas encore de gonflement, et il en est survenu très-peu par la suite. L'enfant, calme, ne se plaignait que lorsque l'on imprimait quelques mouvemens au membre ou qu'on palpait l'articulation dont je vais tâcher de décrire la configuration.

Ce qui frappait d'abord l'attention, c'était une courbure du cubitus vers son tiers supérieur, saillante sous la peau, très-prononcée, tellement que l'esprit encore occupé d'un cas de courbure des deux os de l'avant-bras que je venais d'observer à la suite d'une chute chez un enfant de deux ans, je crus d'abord à la courbure du cubitus opérée par la violence de la chute. Au-dessous et le long de cette ligne courbe, le long du bord cubital de la partie supérieure de l'avant-bras, on remarquait une dépression des parties molles qui faisait paraître plus saillans, et l'olécrâne et la tubérosité interne de l'humérus. La partie supérieure de l'avant-bras était élargie dans son diamètre cubito-radial par le transport de la masse des muscles externes vers le pli du bras, et applatis dans le sens opposé. La tête du radius, portée en avant dans le pli du bras, se laissait soupçonner plutôt que reconnaître en faisant remonter le doigt explorateur le long du radius; c'est à la place qu'elle occupait que se faisait sentir la plus vive douleur dans les diverses manipulations nécessaires pour reconnaître l'état des parties. Le tendon du muscle biceps, relâché, était difficile à reconnaître, les parties molles, tendues sur la cavité abandonnée par le radius, ne permettaient pas de la distinguer; la petite tête de l'humérus paraissait plus saillante que dans l'état sain. Les mouvemens de flexion et d'extension se faisaient

assez librement; les premiers, toutefois, étaient plus bornés et plus douloureux, ceux de rotation n'étaient pas totalement abolis, celui de pronation était plus facile que l'autre.

Tous ces changemens de forme et de situation, dessinés sur un petit modèle chez un sujet aussi jeune, me laissèrent néanmoins long-temps dans une hésitation bien pénible sur l'espèce de déplacement auquel j'avais à faire.

Procédant par déduction, j'écartai l'idée de luxation en arrière du cubitus, de luxation latérale, de fracture, de luxation du radius en arrière; restait donc celle en avant, dont je n'admettais qu'avec répugnance l'existence, trompé par ce qu'en disent les ouvrages les plus récens et qui sont proposés pour guides dans les cas où l'expérience est en défaut; c'était le mien.

Dans cet état d'incertitude, dont il me tardait, dont il importait effectivement de sortir, je fis voir le bras de mon petit malade à M. le docteur Scoutetten, qui, l'esprit libre du préjugé de l'impossibilité du déplacement du radius en avant, et doué, d'ailleurs, d'une solidité de jugement peu commune, fut d'avis que cette luxation existait ici bien réellement; j'adoptai cet avis avec d'autant plus de plaisir qu'il m'aidait à sortir de l'état pénible d'incertitude dans lequel je me trouvais.

Nous procédâmes, en conséquence, à la réduction que j'avais inutilement tenté d'opérer la veille, en pressant sur la tête du radius, tandis que je portais l'avant-bras dans la pronation. Cette fois une extension et une contre-extension assez fortes étant préalablement opérées, l'avant-bras, jusque-là légèrement en pronation, fut porté dans une supination un peu forcée et immédiatement après fléchi fortement. Aucun bruit de réduction ne se fit entendre, mais la difformité de l'articulation disparut in-

continent, la douleur cessa, et le bras reprit la forme arrondie qu'il a à cet âge, il fut ramené ensuite dans l'extension et la supination, et maintenu dans cette position par un bandage roulé, par dessus lequel on plaça, le long du radius, sur la face palmaire de l'avant-bras, une compresse longuette épaisse et une attelle s'étendant jusque dans la main.

Au bout de quelques jours, cette position étant gênante, on ramena le bras à la flexion dans laquelle il fut maintenu pendant quinze jours à l'aide du même appareil et d'une écharpe.

J'ai eu pour but, en publiant ce fait et en faisant connaître mes incertitudes, d'en épargner de semblables aux praticiens qui, comme moi, n'ayant pas eu occasion de voir encore cette luxation, et trop confians dans ce qu'en ont dit les auteurs qui peuvent les guider, seraient éloignés d'en admettre la possibilité quand elle existerait réellement. C'est un écueil contre lequel j'ai donné et que je signale pour que d'autres l'évitent (1).

---

(1) Un des collaborateurs de ce Journal, à la suite d'une chute de cheval faite à l'âge de 8 à 9 ans, a eu le cubitus fracturé et l'extrémité supérieure du radius luxée en avant. La luxation ayant été méconnue n'a point été réduite et existe encore aujourd'hui, comme il est facile de s'en assurer. Les mouvemens ont un peu moins de force que du côté opposé, mais ils ont toute leur étendue et leur liberté. Un praticien consommé qui a nié la possibilité de cette luxation dans la première édition de son ouvrage, a donné un certificat constatant l'existence du fait, et a publié depuis la deuxième édition de son ouvrage, sans faire mention de ce fait qu'il avait sans doute oublié, et sans rien changer à son opinion. (*Le Réd.*)

Affection pulmonaire suffocante ; observations recueillies par le docteur LACHÈZE *fils, professeur-adjoint à l'Ecole secondaire de Médecine d'Angers.*

Sous le nom d'apoplexie pulmonaire, Laennec a décrit (1) la lésion qui est le résultat d'une exhalation sanguine dans le tissu de cet organe, et dont le symptôme le plus constant est un crachement de sang plus ou moins abondant. Cette grave maladie s'est plusieurs fois présentée sous une forme particulière désignée sous différens noms, suivant qu'on les confondait avec les catarrhes suffocans, les angines de poitrine, etc., et dont MM. les professeurs J. J. Leroux (2), Plisson (3), Leuret (4), Joël D'Aurich (5) ont donné des observations intitulées : *Coup de sang dans la poitrine, congestion sanguine, interne et subite des poumons,* ou *congestion pulmonaire.* M. Gendrin (6) la nomme *congestion pulmonaire suffocante.*

Les cas que nous publions ici ont quelque analogie avec la maladie dont nous venons de parler ; cependant ils en diffèrent en cela surtout que rien n'a prouvé que le poumon ait été le siège d'une véritable congestion san-

(1) *Auscult. méd.*, tom. II, pag. 43.
(2) *Journal de Médecine*, par MM. Corvisart, Leroux, etc., tom. IX, pag. 132.
(3) *Journal général de méd. franç. et étrang.*, tom. LCXVIII, pag. 193.
(4) Même Journal, tom. LCXIV, pag. 9.
(5) Même Journal, tom. LCXVIII, pag. 211.
(6) Même Journal, tom. LCXVIII, pag. 203.

rhe pulmonaire qu'il ressentait depuis deux ou trois jours. Il ne demandait qu'une exemption d'atelier, mais mon père lui démontra que le repos complet était nécessaire, et il entra de suite à l'infirmerie. Dans la matinée, il mangea un peu de soupe, et but plusieurs tasses de bouillon de veau; il ne se sentait nullement incommodé, et s'amusait à dessiner, lorsqu'à onze heures et demie il est tout-à-coup pris de suffocation : il lui semblait avoir la poitrine serrée dans un étau. On le mit sur son lit, on lui donna, après avoir ouvert toutes les fenêtres, de l'eau sucrée, des infusions de tilleul avec de l'eau de fleurs d'oranger.

Je trouvai L. assis sur son lit; la face, les tégumens du cou et de la partie supérieure de la poitrine étaient bouffis, d'un rouge foncé; les yeux étaient brillans, les paupières très injectées; la respiration, extrêmement gênée, suspirieuse, s'entendait de l'appartement voisin; l'agitation était extrême, le pouls comprimé, fréquent; de temps en temps il y avait un ou deux efforts de toux, qui faisaient expectorer des crachats abondans, jaunâtres, un peu salés, mais parfaitement diffluens; les deux côtés de la poitrine percutés résonnaient bien, le bruit respiratoire ne s'entendait pas du tout à la base des deux poumons, aucun point de la cavité thoracique n'était douloureux. L'abdomen était souple, insensible dans toute son étendue; il n'y avait aucune céphalalgie. Je pratiquai une saignée de bras, qui donna issue à 16 ou 18 onces de sang; un bain de pieds fortement sinapisé fut administré, et le malade parut soulagé.

Même jour, à deux heures, tous les symptômes précités existent encore; seulement ils ont beaucoup perdu de leur intensité. Une éruption miliaire s'est manifestée sur les jambes et sur les cuisses; la saignée est ouverte

de nouveau, et 8 où 10 onces de sang coulent encore.

Même jour, à quatre heures, la bouffissure, l'injection de la face et des tégumens ont disparu; le pouls a repris un peu d'étendue, mais il est encore concentré. La respiration est très-gênée, une vive douleur existe aux attaches du diaphragme, et surtout un peu au-dessus de l'appendice xyphoïde; la toux est plus fréquente, les crachats toujours aussi faciles, blancs, filans, salés; l'agitation est encore très-forte, l'éruption a disparu, le malade n'est nullement altéré. (15 *Sangsues sur le point où la douleur est le plus aiguë pendant l'acte de la respiration; cataplasmes émolliens sur les piqûres; eau d'orge avec le sirop de gomme; diète absolue*).

Même jour, à six heures du soir, l'état du malade est singulièrement amélioré; la respiration s'entend bien dans toute l'étendue des poumons, mais avec un râle muqueux très-marqué; la douleur sus-diaphragmatique et tous les symptômes inquiétans sont bien diminués; MM. les docteurs Garnier et Hébert voulurent bien m'aider de leurs lumières. Nous décidâmes de laisser couler les piqûres de sangsues, d'ajouter un looch blanc aux autres boissons, d'appliquer des sinapismes aux pieds, et pour empêcher tout nouvel accès, deux emplâtres vésicatoires aux jambes.

Même jour, à dix heures du soir, les piqûres de sangsues viennent de cesser de couler; le mieux continue et devient de plus en plus sensible.

Le 18, *à sept heures et demie du matin*, la nuit a été très-calme; le pouls est développé, égal, battant 70-80 fois par minute; la toux est aussi fréquente, les mêmes crachats sont expectorés; le râle muqueux existe toujours à la base des deux poumons; tous les mouvemens de la poitrine s'exécutent sans aucune douleur. *(Mêmes boissons, diète).*

Même jour, à six heures du soir, continuation du mieux; même toux, crachats plus épais, plus foncés, mêlés d'un peu de mucus bronchique, mais tout aussi faciles; les emplâtres vésicatoires ont produit tout leur effet.

Le 19, *à sept heures et demie du matin,* le malade a passé la nuit avec calme; la toux est beaucoup moins fréquente, les crachats sont plus rares, plus foncés; le râle muqueux a beaucoup diminué d'étendue et d'intensité. *(Mêmes boissons; un bouillon).*

Le 20, *à sept heures du matin,* le malade a bien dormi; la toux a presqu'entièrement cessé, la respiration s'entend parfaitement partout; il n'y a eu qu'un seul crachat depuis la veille au soir. *(Mêmes boissons; deux bouillons).*

Le 21, L... entre en convalescence.

Réflexions. —Les symptômes que j'ai pu étudier sont, à bien peu de différence près, ceux indiqués par M. Gendrin, seulement mon père et moi avons eu à combattre des accidens qui seraient rapidement devenus mortels; les secours employés ont été assez heureux pour faire rétrograder la congestion dès les premiers instans de sa manifestation; et cependant nous n'avons jamais vu d'infiltration sanguine dans le parenchyme du poumon, ni d'exhalation de sang dans les ramuscules bronchiques. Je n'ai aperçu aucune remission dans les accidens.

Quelle aurait été, dans les deux cas que j'ai rapportés, la terminaison de cette affection abandonnée à elle-même? On peut admettre qu'un épanchement aurait eu lieu, et qu'une salutaire hémorrhagie aurait pu se faire jour à travers les ramuscules bronchiques; cependant, dans la première observation, la maladie avait parcouru presque toutes ses périodes, puisque la famille

entière de la malade la croyait expirée, et elle n'a eu dans aucun instant le moindre signe d'hémoptysie.

Recherches anatomiques sur les maladies des vaisseaux ; faites au clos d'écarrissage de Mont-Faucon, dans le dernier semestre 1827, *par MM.* TROUSSEAU, *agrégé près la Faculté de Médecine de Paris, et* LEBLANC, *médecin-vétérinaire, ex-répétiteur de l'Ecole d'Alfort.*

Diathèse anévrismale. — Nous avons eu occasion d'observer plusieurs fois, à Mont-Faucon, des artères de chevaux, offrant une disposition morbide qui nous semble mériter le nom de diathèse anévrismale. C'était surtout dans la portion thoracique du vaisseau que se rencontrait cette lésion. La tunique interne offrait une multitude de rugosités ou plutôt des froncemens qui se dirigeaient, les uns dans le sens longitudinal, les autres dans le sens transversal de l'artère. Cette membrane offrait, en ces points, une teinte plus pâle que dans le reste de son étendue. Une dissection attentive nous permit de l'enlever, et de constater que la teinte opaque qu'elle présentait tenait à un épaississement peu considérable, et souvent aussi à une incrustation de matière calcaire encore sous forme de poussière. La tunique moyenne était le siége des principales altérations. Vis à-vis des points où la membrane interne offrait des rugosités à peine appercevables, on ne trouvait au-dessous qu'une dépression peu sensible de la tunique musculeuse ; mais lorsqu'il existait des plicatures, des enfoncemens, on voyait les fibres du vaisseau amincies, écartées, et souvent tout-à-fait détruites ; de sorte que la tunique interne se trouvait acco-

lée à l'enveloppe celluleuse qui sert de gaîne, et formait ainsi une multitude de petites poches anévrysmales qui avaient depuis un quart de ligne jusqu'à trois et quatre lignes de profondeur. La profondeur de ces petites dilatations était toujours en raison directe de l'altération de la membrane musculeuse, qui n'était détruite souvent que dans une partie de son épaisseur. Lorsque le vaisseau offrait un grand nombre de lésions de ce genre son calibre était très-notablement diminué.

Ces désordres pathologiques nous ont paru propres à éclairer l'étiologie des anévrysmes. Il nous semble, en effet, évident, que si les animaux eussent vécu, les dilatations peu considérables encore que présentait l'aorte, seraient devenues des tumeurs anévrysmales considérables. L'analogie, du moins, nous permet d'adopter une pareille opinion. Maintenant si nous considérons que 1.° la tunique interne était épaissie et était incrustée d'une espèce de poudre calcaire ; 2.° que la membrane musculeuse était érodée, ou bien détruite en totalité ou en partie : si, d'un autre côté, nous nous rappelons qu'il est fort commun de rencontrer des pustules, et même des ulcérations des artères, ne serons-nous pas portés à penser que les altérations que nous avons signalées plus haut tenaient à une inflammation antécédente. Il est difficile de concevoir, d'une autre manière, le mode de formation de ces lésions. Nous savons que le pus laisse, lorsqu'il a été entièrement résorbé, un résidu blanchâtre, crétacé, que nous retrouvons dans les anciens abcès qui se sont guéris sans s'être entièrement vidés au dehors. Il est vrai que, sous l'influence de la vieillesse, on voit les artères, et généralement tous les tissus fibreux, s'encroûter de sels terreux, et qu'il serait absurde de vouloir attribuer, en ce cas, à l'inflammation ce qui, probablement, est

l'effet d'un état de l'organisme tout-à-fait opposé à la surexcitation morbide; mais lorsque l'on voit coïncider avec les lésions de la membrane interne les vaisseaux à sang rouge l'altération et la destruction de la tunique moyenne, il y a de bien plus fortes présomptions en faveur d'une cause inflammatoire. Le rétrécissement du vaisseau et le froncement de la membrane interne est d'ailleurs une raison de plus d'adopter cette opinion. On ne conçoit le rétrécissement du vaisseau (quand les parois ne sont pas épaissies) que par une sorte de cicatrisation de la membrane musculeuse; et le froncement de la tunique interne indique que, primitivement soulevée par des produits morbides, elle s'est d'abord affaissée lorsque la résorption a eu lieu, et plissée ensuite quand la cicatrisation de la membrane musculeuse s'est effectuée.

On a dû remarquer qu'il existait véritablement, dans certains points des parois de l'aorte, cette espèce d'anévrysme, dont beaucoup de chirurgiens contestent la possibilité, c'est-à-dire la hernie de la membrane interne à travers les fibres musculeuses détruites ou écartées seulement; de sorte que la tumeur qui, dans cette circonstance, nous semble devoir conserver encore le nom d'anévrysme vrai, n'est cependant formée que par deux des membranes de l'artère. Il est bien probable que si les animaux eussent vécu, et que les anévrysmes eussent grossi, la tunique interne aurait fini par se rompre; mais il est certain d'un autre côté que, dans des tumeurs très-volumineuses, nous avons pu suivre cette membrane dans presque toute l'étendue des parois de l'anévrysme.

Les chevaux qui présentaient la lésion artérielle dont il vient d'être question, portaient aussi des anévrysmes volumineux de l'artère mésentérique. Cette circonstance semblerait devoir donner un nouveau poids à notre opi-

nion; mais les dilatations artérielles étaient du nombre de celles que nous décrirons plus bas, et on les rencontre si fréquemment chez le cheval, qu'il n'est véritablement pas possible d'en rien conclure.

Ruptures de l'aorte. — Nous avons été témoins de deux ruptures de l'aorte; l'une, à la naissance de l'artère, l'autre, avant sa bifurcation en iliaques primitives. Les circonstances qui ont déterminé cet accident nous semblent importantes à indiquer. L'un des chevaux devait être opéré, et l'on crut nécessaire de l'abattre. L'abattage se pratique de la manière suivante : on réunit, à l'aide de lacs, les quatre pieds de l'animal, puis on le renverse en le poussant subitement sur un lit de paille, en même temps que des aides tirent fortement le lac qui attache les membres. La surprise, la frayeur et l'effort violent que fait le cheval pour résister à la chute, impriment probablement au cœur et au sang un mouvement tel que la rupture de l'aorte puisse s'ensuivre.

Le cheval vécut quelques instans; mais bientôt il sembla éprouver de douloureuses angoisses, et un quart d'heure après la chute il succomba. A l'autopsie on trouva le péricarde distendu par une énorme quantité de sang. Ce liquide provenait de l'aorte, qui s'était rompue un pouce au-dessus de son origine, au point où elle est encore contenue dans le péricarde. Les membranes interne et moyenne étaient déchirées dans une étendue d'un demi-pouce environ. La tunique celluleuse était distendue par une grande abondance de sang, et cette distension avait amené la rupture du feuillet séreux qui la revêt.

Le second cheval éprouva cette rupture dans des circonstances à-peu-près analogues. Il était destiné à être tué, et l'écarisseur qui le sacrifiait lui plongea son couteau dans le poitrail, de manière à couper en même

temps l'origine des troncs artériels et veineux des parties antérieures. Le cheval resta un instant presque immobile, puis se câbra avec violence, tomba agité de mouvemens convulsifs très-énergiques, et expira dans l'espace d'une minute. L'aorte abdominale nous offrit une rupture qui n'intéressait que les deux tuniques internes, mais à des degrés différens. La tunique interne était déchirée dans le sens du diamètre transversal de l'artère, et dans l'étendue d'un pouce environ : elle était en outre entièrement séparée de la musculeuse, qui était rompue suivant un sens diamétralement opposé, et dans l'étendue de six ou huit lignes seulement. La tunique celluleuse, restée intacte, était seulement infiltrée d'un peu de sang, qui s'était accumulé probablement pendant le court espace qui avait séparé l'instant de la blessure de celui de la mort.

Cette rupture tient-elle aux mouvemens violens d'extension que fit l'animal au moment où il tomba, ou bien à l'impulsion subitement accrue du sang artériel ? Nous n'entreprendrons pas de résoudre ces questions, et contens d'avoir exposé le fait anatomique, nous laisserons à d'autres le soin de chercher et de trouver l'explication.

Concrétions veineuses. — Les veines du pénis renferment souvent, chez le cheval, des concrétions sanguines qui offrent la disposition suivante. Elles sont formées par des couches nombreuses et concentriques qui ne sont autre chose que de la fibrine, tantôt incolore, tantôt colorée par du cruor. Le cruor quelquefois occupe le centre de la tumeur, et alors se trouve altéré dans sa coloration comme il l'est dans les kystes hémorrhagiques du cerveau. Les couches fibrineuses subissent elles-mêmes des modifications assez curieuses. Tantôt elles prennent l'as-

pect fibreux et fibro-cartilagineux, et forment ainsi une espèce de kyste qui, lui-même, renferme d'autres concrétions à un degré d'organisation moins avancé. Nous en avons rencontré assez souvent d'entièrement osseuses, c'est-à-dire formées de plusieurs couches calcaires assez semblables à des coquilles d'œufs superposées; au centre, cependant, on voit toujours un noyau où l'on reconnaît la couleur du sang épanché depuis long-temps. La forme de ces concrétions est extrêmement variable; elle est le plus souvent alongée et fusiforme, quelquefois tout-à-fait arrondie. Les parois de la veine sont ordinairement épaissies; on les trouve, dans quelques circonstances, adhérentes au caillot qu'elles renferment, et dans ce cas la concrétion fibrineuse a subi un commencement d'organisation, tandis que la tunique interne de la veine, ulcérée et ramollie, semble s'être identifiée avec les couches les plus extérieures de la tumeur sanguine. Presque toujours, au contraire, cette membrane est lisse, et n'offre aucune trace d'inflammation. A l'extérieur, la veine est bosselée, et ces inégalités sont en raison du nombre et du volume des concrétions.

A quelle cause tient une pareille altération? Est-ce la stase mécanique du sang dans les veines qui a permis à ce liquide de se coaguler, et de se recouvrir ensuite de couches successives à la manière des calculs de la vessie et des reins? Doit-on, au contraire, attribuer à des phlébites la coagulation et l'organisation ultérieure du cruor et de la fibrine?

Colorations cadavériques des vaisseaux. — Nous avons pu constater encore, par les nombreuses autopsies que nous avons faites à Mont-faucon, ce que nous avions déjà dit dans de précédens mémoires. C'est que les vaisseaux sanguins, et en général tous les tissus, se colorent en rouge

plus ou moins foncé dès que la fermentation putride commence à s'emparer du cadavre.

Anévrysmes vermineux. — Nous appelons anévrysmes vermineux des dilatations artérielles dans lesquelles sont logés des entozoaires (le crinon tronqué, *crino truncatus*, Lamarck.) Cette maladie est extrêmement commune chez le cheval, et pour peu que l'on fasse les autopsies avec soin, on la rencontre dans la proportion d'un à trois.

Le crinon tronqué habite ordinairement, non pas la cavité de l'intestin, comme le disent Ruisch, Schulz, Chabert, Flandrin et Laennec, mais bien l'épaisseur des parois de l'estomac, où il cause des tumeurs fort bien décrites par Hartmann, Weffer, Dolæus, Morgagni, Chabert et Andral fils, et sur lesquelles nous reviendrons ailleurs. On le rencontre aussi dans beaucoup d'autres organes, et jusques dans les humeurs de l'œil où l'on peut le voir nager (1). Mais il est aussi commun de le

(1) « Mon diagnostic présente maintenant bien plus de certitude. Pour l'établir, je fais conduire la bête bovine vers le seuil de la porte de l'étable, de manière à lui mettre la tête au grand jour; si la maladie est encore à la première période, j'aperçois assez facilement dans la chambre antérieure de l'œil, et à sa partie inférieure, un ou deux corps d'un blanc-rougeâtre, de la grosseur d'un petit-pois ou d'un grain de vesce cultivée. Ces corps sont les enveloppes ou les germes des petits vers qui doivent se développer plus tard. J'ai vu effectivement qu'après trois, quatre, et même quelquefois dix jours, ces entozoaires commençaient à paraître et s'agitaient continuellement. En 24 ou 36 heures, leur développement est complet; leurs mouvemens ont lieu sans interruption de bas en haut et en avant de l'iris qu'ils touchent quelquefois..... Ces vers, le plus souvent uniques, sont rarement au nombre de deux ou trois; ils doivent être rapportés à ceux que Chabert a décrits sous le nom de

trouver dans les artères et dans les veines, que dans l'épaisseur de la membrane de l'estomac. On en a vu dans l'aorte et dans quelques-unes de ses divisions thoraciques. Cependant en aucun point de l'arbre circulatoire, cette altération n'est plus fréquente que dans la grande mésentérique, et l'on peut dire même qu'il est fort rare d'en rencontrer dans aucun autre vaisseau : cette observation anatomique semble appartenir à Ruisch, et elle a été confirmée par les recherches nouvelles de Chabert, de Flandrin, et des autres professeurs de l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Ces auteurs, en indiquant le fait, ont insisté trop peu sur les caractères anatomiques de ces anévrysmes, et les nombreuses ouvertures de corps que nous faisons chaque jour au clos de Mont-faucon, nous ont mis à même de pouvoir remplir cette lacune.

Les crinons (1) ne sont jamais libres dans la cavité du vaisseau (2) (ou du moins nous n'en avons jamais vu dans cet état). Ils habitent l'épaisseur des concrétions fibri-

---

crinons. » (Chaignaud, *Journal de Méd. vétérin.*, nov. 1827, pag. 524.)

M. Jobert, aide-d'anatomie de la Faculté de Médecine de Paris, a rencontré très-souvent ces entozoaires, nageant dans le sang des veines mésaraïques du cheval. Il me permet de citer ce fait curieux.

(1) *Crinon* (crino), — Corps alongé, de six lignes à trois pouces, cylindrique, grêle, de la grosseur d'un crin de cheval, atténué vers les extrémités, mais moins vers la tête que vers la queue; tête munie de deux tubercules latéraux. (Laennec, *Dictionnaire des Sciences médicales*, tome VII, page 365.)

(2) Nous avons dit qu'on en trouvait de libres dans les veines mésaraïques.

neuses qui tapissent la tumeur anévrysmale, et s'y forment des loges ou isolées ou bien communiquant entre elles et avec l'intérieur de l'artère. Ces concrétions fibrineuses, tantôt sont étendues en membranes superposées et assez minces, tantôt forment des couches épaisses, inégales, creusées d'anfractuosités profondes où pénètre encore le sang : dans quelques cas elles oblitèrent imparfaitement le vaisseau dilaté, et laissent au milieu d'elles un étroit passage pour le sang; enfin, plus rarement, des concrétions fibrineuses, dures, sèches, résistantes, remplissent entièrement la cavité de la tumeur, et ne permettent plus au sang de passer outre. Cette oblitération du vaisseau s'étend même dans les parties non-dilatées jusqu'au tronc d'où l'artère émane. Ainsi, l'on voit souvent, lorsque l'artère mésentérique est affectée d'anévrysme, et que cette tumeur est oblitérée, le caillot fibrineux arriver jusqu'à l'aorte, et même faire saillie comme un mamelon dans l'intérieur de ce vaisseau. Cependant le caillot se continue dans la partie de l'artère qui se prolonge au-delà de la tumeur, et après un trajet plus ou moins long, il se termine en une extrémité alongée, grêle, onduleuse et blanchâtre, qui offre assez exactement la couleur et la forme d'une racine de raiponce : quelquefois cette extrémité offre plusieurs racines semblables, qui occupent autant de divisions artérielles. On cesse de rencontrer des concrétions là où le vaisseau reçoit par les anastomoses le sang qui n'y arrive plus directement. On trouve fréquemment entre les concrétions fibrineuses des caillots de sang de forme et de consistance fort variables. Il en est qui semblent épanchés depuis long-temps, et qui sont altérés dans leur couleur; d'autres, de formation plus récente, conservent encore quelque limpidité, et ressemblent tout-à-fait au cruor qu'on

vient de recueillir par la phlébotomie. Il est facile d'estimer ainsi approximativement le temps qui s'est écoulé depuis l'oblitération du vaisseau. On voit aussi dans quelques circonstances, au centre des concrétions fibrineuses, et dans le trajet de l'axe longitudinal de l'artère, un noyau de cruor cylindrique et alongé, interrompu de loin en loin par des masses de fibrine molle et jaunâtre; de sorte que l'on reconnaît manifestement le caillot de nouvelle formation qui a enfin oblitéré le trajet étroit que le sang parcourait en dernier lieu.

La forme de la tumeur mérite aussi une description particulière. *L'anévrysme vermineux* est loin de ressembler à celui qui résulte de la simple dilatation des tuniques artérielles, ou bien à la tumeur formée par la distension de la gaîne celluleuse après la rupture des deux membranes concentriques. En effet, l'anévrysme ordinaire affecte ordinairement une forme régulière et arrondie, à moins qu'un obstacle puissant n'ait gêné son développement. Si l'anévrysme est vrai, c'est-à dire, si les trois tuniques sont dilatées ensemble sans rupture, la forme arrondie est alors à-peu-près constante; la cavité de la tumeur n'offre jamais d'anfractuosités : dans le cas d'anévrysme faux consécutif, l'ouverture de communication entre l'artère et la poche sanguine est elle-même arrondie, tandis que la tumeur ne présente que des inégalités peu notables. Il n'en est pas de même des *anévrysmes vermineux;* l'artère, dans quelques cas, n'offre pas de bosselures bien remarquables; mais le plus souvent on y voit des impressions profondes, des culs-de-sac où sont contenus des vers et des masses de fibrine; de sorte qu'après avoir vidé la cavité de l'anévrysme, on trouve le vaisseau creusé en cavités anfractueuses fort profondes. Il n'est pas rare non plus d'observer la

dilatation artérielle dans toute la circonférence du vaisseau, circonstance très-peu commune dans les anévrysmes ordinaires. Nous possédons dans notre cabinet anatomique plusieurs tumeurs de ce genre; il en est une surtout où cette dilatation anévrysmatique occupe l'artère mésentérique et l'une de ses branches coliques, de manière à former une tumeur de 15 ou 18 pouces de long. Son diamètre est d'autant moindre, que l'on s'éloigne davantage du tronc de la mésentérique : au voisinage de l'aorte, il a environ quinze lignes, et va peu-à-peu en décroissant jusqu'à ce qu'enfin l'artère reprenne son calibre naturel.

Il est une circonstance en même temps curieuse et importante à noter ; c'est que l'anévrysme n'est jamais formé par la dilatation de la gaîne celluleuse seulement. Il arrive assez souvent que la membrane interne soit ulcérée, mais invariablement la tunique moyenne constitue la partie la plus solide de la paroi de la tumeur.

L'état de la *tunique interne de l'artère* est toujours en rapport avec celui des fausses membranes. Lorsque celles-ci ne sont que légèrement adhérentes, ou même qu'elles sont entièrement détachées, la tunique interne n'a rien perdu de son poli, ou, si elle offre quelques rugosités, elles sont dues au froncement de la membrane moyenne. Mais dès qu'il existe des adhérences, la tunique interne s'unit intimement et se confond avec la fibrine épanchée, et en enlevant les fausses membranes, on entraîne en même temps le feuillet intérieur du vaisseau. Au dessous, on n'aperçoit qu'un tissu cellulaire épaissi, grisâtre, souvent infiltré de pus, principalement si des vers ont habité en grand nombre dans le voisinage. De cette adhésion intime entre les concrétions sanguines et la tunique artérielle, résulte une organisation plus ou moins

avancée de la fibrine; il est vrai qu'on n'y distingue pas de vaisseaux; mais les couches les plus extérieures se durcissent, se sèchent peu-à-peu, se convertissent en un tissu sémi-ligamenteux, et, après un temps toujours fort long, toute la masse fibrineuse est ainsi transformée. C'est ainsi, qu'à la suite des phlébites, le sang coagulé que renferment les veines s'organise, et finit par n'être plus un corps étranger. Cependant, tant que l'artère n'est pas oblitérée, cette organisation ne s'effectue pas, soit que le contact d'un sang toujours fluide mette un obstacle aux efforts de la nature médicatrice, soit que les fausses membranes aient besoin, pour s'organiser, d'un repos qu'elles ne trouvent que lorsque la tumeur anévrysmale est presque entièrement oblitérée. Les adhérences des fausses membranes avec la tunique interne sont très-intimes, toutes les fois que les crinons ne sont pas logés trop près du vaisseau; car leur présence détermine ordinairement une inflammation et une suppuration de l'artère, et cette sécrétion morbide est le plus grand obstacle à l'adhésion, et par suite à l'organisation des concrétions fibrineuses. Nous avons recherché avec soin des traces de cicatrice sur la membrane interne, et nous n'en avons jamais rencontré. Nous voulions en effet connaître la route qu'avaient suivie les entozoaires pour arriver dans l'intérieur du vaisseau, et nous devons dire que jusqu'ici nous l'avons cherchée sans pouvoir la trouver. On incline malgré soi à croire qu'ils viennent de l'intestin de l'animal; mais quand d'un côté on n'en trouve que très-rarement dans la cavité du tube digestif, et que d'un autre on les voit en grand nombre dans les parois de l'estomac, dans les artères et dans les veines mésentériques, il devient beaucoup plus difficile d'indiquer avec précision leur origine.

Tunique moyenne de l'artère. — Les fibres ténues et serrées, qui constituent ordinairement la tunique moyenne, maintenant sont écartées, et semblent, pour ainsi dire, grosses à la loupe. On ne peut concevoir le mécanisme de cette altération que de deux manières. La membrane moyenne essentiellement élastique et contractile, et participant peut-être à la structure et aux propriétés du tissu musculaire, s'hypertrophierait en cette circonstance comme nous voyons la couche musculeuse de l'estomac s'hypertrophier dans le squirrhe du pylore, et dans ce cas comme dans l'autre, on expliquerait l'augmentation de volume des fibres contractiles par l'augmentation d'action que l'irritation détermine en ce point; ce surcroît d'action pourrait encore tenir à ce que le retrécissement du vaisseau, lorsqu'il existe une grande quantité de fausses membranes, oblige le sang à de plus grands efforts pour vaincre la résistance qu'il éprouve à traverser la tumeur anévrysmale. Nous avouerons pourtant que cette explication, soit qu'on l'applique à l'augmentation d'épaisseur des parois de l'estomac dans le cas de squirrhe, soit qu'on l'adopte pour rendre compte de l'hypertrophie de la seconde tunique des artères, nous semble peu admissible, et surtout peu en rapport avec l'anatomie pathologique. Car, si l'on considère d'une part, que, le plus souvent, dans le squirrhe du pylore, la membrane muqueuse, le tissu cellulaire sous-muqueux et sous-péritonéal, sont eux-mêmes beaucoup plus épais, et qu'on les trouve toujours infiltrés de produits morbides; que d'une autre part, le tissu cellulaire qui unit la tunique interne de l'artère à la membrane moyenne, et que la gaine celluleuse offrent le plus souvent, ou une infiltration séro-purulente ou l'épaississement et la coloration qui caractérisent l'inflammation chronique, on est porté à penser que dans le squirrhe

du pylore, comme dans l'anévrisme qui nous occupe, l'hypertrophie de la tunique contractile tient à l'infiltration des fibres et des fibrilles, qui sont séparées par des produits morbides ou liquides, ou déja organisés.

Cet épaississement de la tunique moyenne est bien remarquable, et sert à expliquer deux phénomènes intéressans. Le premier, c'est que l'anévrysme est toujours vrai, c'est-à-dire formé par la dilatation simultanée des trois tuniques ou tout au moins des deux plus extérieures, et par cette circonstance seule on voit combien cette sorte d'anévrysme diffère de ceux que l'on observe habituellement chez l'homme. Le second phénomène n'est guères moins digne d'attention; c'est le peu de danger de ces tumeurs. Il est bien rare en effet que l'homme porte longtemps un anévrysme, sans qu'une rupture prévue d'avance par le médecin, ne vienne mettre un terme à ses jours. Quelquefois pourtant la nature trompant notre pronostic, procure une guérison spontanée (1), en remplissant de

(1) Nous avons été témoin d'un cas de ce genre fort curieux, et qui n'est pourtant pas sans exemple dans les fastes de la science. Un laboureur entre à l'hôpital de Tours pour être opéré d'un anévrysme assez considérable de l'artère poplitée. La nature de la tumeur fut parfaitement constatée par tous les membres du conseil de santé réunis en consultation. En conséquence, on décida que l'opération par la méthode de Hunter serait pratiquée le surlendemain. Mais, lorsqu'au moment de faire la ligature on voulut de nouveau explorer la tumeur, on s'aperçut qu'elle n'offrait plus de battemens, et que son volume était diminué. On attendit, et un mois après cet homme sortit de l'hôpital ne présentant plus, dans la région poplitée, qu'une tumeur de la grosseur d'un haricot, seul vestige d'un anévrysme considérable qui s'était guéri spontanément.

M. Miquel, chef de clinique de la Faculté de Médecine de

caillots fibrineux la tumeur qui allait se rompre. Mais des faits de ce genre malheureusement trop rares, ne sauraient empêcher un praticien de regarder la mort comme inévitable, toutes les fois qu'une anévrysme est hors de la portée de nos moyens chirurgicaux. Chez le cheval, au contraire, qui est si souvent sujet aux affections de ce genre, il est extrêmement rare de voir se déchirer une tumeur anévrysmale. Cela n'est pourtant pas sans exemple. M. Damoiseau, ancien vétérinaire au haras du Pin, et aujourd'hui inspecteur du marché aux chevaux de Paris, a vu un anévrysme compliqué de la présence des vers crinons, se rompre et déterminer la mort. A l'autopsie, on reconnut une dilatation de l'aorte qui s'était ouverte dans le colon auquel elle était comme soudée. Cette soudure des viscères thoraciques à la tunique celluleuse de l'artère, est un phénomène assez ordinaire; elle tient probablement à l'inflammation de cette tunique, que l'on trouve souvent épaissie, infiltrée de produits morbides, et offrant en un mot tous les caractères d'une phlegmasie chronique. Il est difficile de dire si cette inflammation tient à l'irritation déterminée par les vers sur la membrane interne, ou bien à ce que les entozoaires ont primitivement habité la tunique celluleuse qu'il ont ensuite perforée, ainsi que la membrane moyenne, pour se faire jour jusque dans la cavité du vaisseau.

Paris, m'a rapporté un fait de ce genre encore plus extraordinaire. A l'autopsie d'un homme qui succomba dans les salles de la Charité, on trouva accolée à l'aorte une tumeur énorme remplie de caillots fibrineux, et correspondant à une cicatrice encore apparente de la portion thoracique de ce vaisseau.

Observations de coqueluche chez des adultes; par TH. GUIBERT, *D. M. P.; communiquées à l'Académie royale de Médecine.*

La coqueluche, ou toux convulsive, est, comme on sait, une maladie assez fréquente chez les enfans, et presque exclusive au jeune âge. C'est, en effet, dans cette période de la vie qu'on l'observe ordinairement, quelle que soit d'ailleurs la cause qui la produise et quelque opinion que l'on se forme sur sa véritable nature, soit qu'on la regarde, ainsi qu'on le pense généralement, comme une inflammation très-vive des bronches, et que cette bronchite acquière chez les enfans ce haut degré d'intensité qui la modifie et imprime à la toux le caractère et la violence qui lui sont propres, soit aussi qu'à ce symptôme déterminé par la bronchite ou même par la pneumonie, la pleurésie et la phthisie, il se joigne une irritation nerveuse du diaphragme qui ajoute à cette affection le spasme qui l'accompagne et la distingue, ainsi que je suis porté à le croire, et comme je l'ai fait remarquer dans mon ouvrage (1), m'étayant en cela de l'autorité de Stoll, de Millot, de MM. Gardien, Guersent et autres praticiens recommandables. Mais la coqueluche peut aussi se rencontrer chez les adultes, et les mêmes auteurs que je viens de citer en ont également fait la remarque. C'est ainsi que M. Guersent rapporte, dans le Dictionnaire de Médecine, l'exemple d'une femme qui en fut atteinte presque en même temps que son en-

(1) *Recherches nouvelles et observations pratiques sur le croup et la coqueluche*; un vol. in-8.° 1824. Chez Béchet.

fant qu'elle avait près d'elle, et l'on trouve, dans les divers écrits publiés sur cette maladie, quelques histoires analogues. Toutefois, les faits recueillis jusqu'à présent sur la coqueluche des adultes n'étant pas encore bien nombreux, ou ayant trop peu fixé l'attention, je pense qu'on me saura quelque gré d'en rapporter ici de nouveaux que j'ai eu l'occasion de remarquer dans ma pratique, de les rassembler en groupe, et d'en tirer surtout des inductions et des remarques qui ne seront peut-être pas sans intérêt.

Obs. I.re — *Coqueluche survenue chez une demoiselle de* 18 *ans; guérison au bout de deux mois.* — M.lle B., d'une assez forte constitution, habituellement peu réglée depuis l'âge de 14 ans, et n'ayant jamais eu d'autre maladie que la rougeole dans son enfance, fut atteinte, à la suite d'un refroidissement subit, d'un catarrhe pulmonaire, vers le commencement de mars 1826. La toux, d'abord légère, n'excita que peu d'attention et fut à peine soignée. La malade prit seulement quelques boissons pectorales, et se contenta de garder son appartement, sans changer du reste en rien son régime ordinaire et rien retrancher de ses repas, qu'elle continuait de prendre avec appétit. Cependant au bout de huit à dix jours, la toux augmenta considérablement de violence, revint chaque fois par accès d'une manière périodique, et s'accompagna même de vomissemens. L'appétit diminua en même temps beaucoup, et un léger mouvement fébrile se manifesta tous les soirs. Je la trouvai alors sans fièvre. Elle avait, selon son rapport et celui de ses parens, beaucoup toussé toute la nuit et une partie de la matinée; la toux se reproduisait moins souvent dans la journée, mais elle venait par quintes, durait une ou deux minutes, en s'accompagnant de grands efforts, et souvent de nausées et

de vomissemens glaireux. Ces derniers produisaient du soulagement et mettaient fin à l'accès. Il y avait en outre une expectoration assez abondante de matières muqueuses épaisses et filantes, et l'on me montra un vase contenant une grande quantité de ces crachats que la malade avait rendus depuis vingt-quatre heures. Pendant toute la durée de la quinte, la respiration était très-gênée; une vive douleur se faisait ressentir généralement dans la poitrine, le visage se gonflait, les yeux eux-mêmes devenaient rouges et larmoyans; et, après la cessation de l'accès, ces divers phénomènes disparaissaient, à l'exception d'une céphalalgie qui persistait encore quelque temps, et d'une certaine gêne de la respiration avec essoufflement pendant plusieurs minutes. Tous ces symptômes me parurent être exactement les mêmes que ceux qu'on observe dans la coqueluche des enfans. Le lendemain, je fus à même d'observer une quinte qui se manifesta en ma présence, et de plus de juger de la réalité du rapport que m'avaient fait les parens, ainsi que de l'identité de cette affection avec la vraie toux convulsive du jeune âge. Seulement, l'inpiration, quoique longue et un peu difficile, ne me parut aucunement sifflante, comme cela a lieu dans la même maladie chez les enfans. Cette quinte dura environ deux minutes, et produisit des nausées et des vomissemens; elle fut suivie de dyspnée et d'un mal de tête assez fort. Le pouls, très-accéléré et irrégulier, ne revint que peu-à-peu à son rythme naturel. Je percutai avec précaution la poitrine, qui me parut bien sonore dans tous ses points. Cette toux convulsive me parut être la conséquence de l'affection catarrhale qui s'était d'abord développée. (*Application de* 15 *sangsues aux cuisses, bains de pieds sinapisés, boissons béchiques, looch contenant une demi-once de sirop de pavots blancs, peu d'alimens.*) L'amé-

ioration fut prompte; les quintes furent moins violentes pendant quelques jours, la céphalalgie et la dyspnée diminuèrent sensiblement : néanmoins il fut nécessaire, la semaine suivante, de réitérer la saignée locale et d'insister rigoureusement sur le régime. Au bout de trois semaines environ, les accès de toux ne présentèrent plus rien qui tînt à un état de pléthore. (*Vésicatoire appliqué au bras, boissons légèrement toniques et antispasmodiques, potions avec sirop diacode, pilules avec poudre de belladone, valériane et sulfate de quinine.*) La toux diminua progressivement, les quintes devinrent de plus en plus rares, les vomissemens cessèrent, il ne resta plus qu'un simple catarrhe pulmonaire. A la fin d'avril, après deux mois de durée, la maladie avait entièrement cessé.

Le fait que je viens de rapporter est un exemple de véritable coqueluche, presque en tout semblable à celle des enfans. Même mode d'invasion, apparition d'une toux d'abord catarrhale, puis s'accompagnant du mouvement spasmodique qui lui est propre et se reproduisant par quintes ou accès irréguliers; mêmes symptômes locaux et généraux, caractère convulsif de la toux, périodicité des accès, vomissemens à la suite des quintes ou au moins nausées et efforts pour vomir, expectoration de crachats muqueux, épais et blanchâtres, douleur vers la poitrine et à l'estomac pendant la durée de la quinte, congestion sanguine vers la tête, céphalalgie et rougeur des conjonctives, absence de la fièvre et de tout phénomène morbide dans l'intervalle des quintes et dans le cours de la journée. Il ne manque à tous ces signes caractéristiques de la maladie que l'inspiration sifflante; mais, comme je le dirai plus tard, ce son particulier, qu'on peut regarder comme pathognomonique chez les enfans, ne se rencontre presque jamais chez les adultes; seulement l'inspiration

dans la quinte est également prolongée, et vient à la suite de trois ou quatre expirations successives et saccadées. Nous avons vu également ici deux périodes bien marquées, l'une inflammatoire et spasmodique, et l'autre purement spasmodique. Enfin, traitement adoucissant au début, tonique, antispasmodique et dérivatif vers la fin, mis en usage avec succès.

Obs. II. — *Coqueluche terminée par une bronchite aiguë, après une durée de six mois, chez une dame de dix-neuf ans.* — Madame M...., d'une santé jusque-là toujours excellente, d'une taille assez élevée, blonde, mariée seulement depuis six mois, devint enceinte et n'éprouva, dans le commencement de sa grossesse, d'autres incommodités que de l'anorexie, des lassitudes spontanées, et parfois des vomissemens nerveux à la suite des repas. Vers le mois de novembre 1826, elle eut un rhume d'abord très-léger; mais la toux augmenta peu-à-peu d'intensité, et se reproduisit par quintes accompagnées presque toujours de vomissemens ou au moins d'efforts pour vomir. Ces accès étaient irréguliers; la moindre cause les reproduisait, telle que le rire, ou quelquefois un simple mouvement pour changer de place, et à plus forte raison un exercice tant soit peu fatigant. Chaque quinte consistait en plusieurs expirations successives et saccadées, suivies d'une seule inspiration prolongée, mais non sonore. Après plusieurs secousses semblables, la malade éprouvait une sorte de soulèvement d'estomac avec douleur dans la région du diaphragme, et ordinairement des efforts pour vomir ou des vomissemens. Presque constamment aussi, la quinte déterminait de la suffocation, de la douleur vers la poitrine, et même de la céphalalgie; dès qu'elle avait cessé, la respiration restait quelque temps accélérée, comme essoufflée, et ne reprenait que peu-à-

peu son état habituel. Alors tout rentrait dans l'ordre, et la malade pouvait ensuite se livrer à ses occupations, comme si rien n'était survenu quelques minutes auparavant. Du reste, il n'y avait point de fièvre; le pouls, dans l'intervalle des accès, était naturel, toutes les autres fonctions s'exécutaient bien, le sommeil seulement était quelquefois interrompu par la toux; l'appétit ne revenait point, et les digestions restaient plus ou moins laborieuses. Les accès se reproduisaient ainsi trente ou quarante fois dans le cours de la journée, se faisant surtout remarquer durant les repas, principalement lorsque la malade buvait avec précipitation, ou à la suite de ceux-ci, lorsque la digestion commençait à s'opérer dans l'estomac, et que ce viscère se trouvait rempli d'une certaine quantité d'alimens. Les substances âcres ou les acides semblaient encore déterminer les quintes. Pendant la fin de la grossesse et les trois mois qui suivirent les couches, l'affection de la poitrine resta à-peu-près la même. Vers la fin de cette époque, les vomissemens étaient un peu moins fréquens, et les envies de vomir seules se faisaient le plus souvent observer à la suite des accès. La toux avait cessé presque entièrement à l'approche des douleurs pour accoucher, elle disparut tout-à-fait pendant le travail, et ne reparut guère que deux ou trois jours après. Pendant le mois suivant, les quintes furent plus rares et beaucoup moins violentes qu'avant l'accouchement. Ce ne fut qu'ensuite qu'elles reprirent à-peu-près leur caractère ordinaire. Aucun traitement ne fut suivi par la malade, et la maladie s'affaiblissait d'elle-même, lorsque vers le commencement de juin 1827, un rhume se déclarant avec tous les phénomènes particuliers au catarrhe pulmonaire aigu, vint mettre un terme à la coqueluche; une autre toux, sans périodicité ni quintes, et sans vomissemens, mais seulement accompagnée d'expectoration, remplaça

celle qu'on avait entendue jusqu'alors, et qui avait duré si long-temps, sans autre modification que celle que devaient nécessairement lui imprimer l'accouchement et les phénomènes qui en sont le résultat ordinaire.

L'influence de l'accouchement et de l'écoulement des lochies sur la marche de la coqueluche, pourra s'expliquer par une sorte d'action révulsive fixée sur l'utérus.

*Obs. III.*ᵉ — *Coqueluche survenue chez une femme de 33 ans, et guérie au bout de cinq semaines.* — Madame N...., grande et mince, habituellement bien réglée et bien portante, eut un rhume vers le milieu d'avril 1825. La toux, d'abord catarrhale, prit en peu de jours une intensité remarquable, et revêtit bientôt l'aspect de la coqueluche : les quintes se répétaient un grand nombre de fois dans la journée, et duraient fort long-temps, en s'accompagnant de céphalalgie, de rougeur à la face, de douleurs vives et comme déchirantes à la poitrine, de nausées et de vomissemens. Quelquefois, cependant, ces derniers n'avaient pas lieu, et l'expectoration d'une grande quantité de crachats épais, filans et opaques, les remplaçait alors. Les digestions devinrent pénibles, quoique l'appétit se conservât encore. Le sommeil était surtout presque impossible, et aussitôt que M.me N. se couchait, la toux survenait avec une extrême violence, et des quintes se succédaient presque continuellement. La malade restait très-souvent sur son séant, ne pouvant garder la position horizontale, aussitôt que les secousses de toux venaient à paraître. Chaque quinte, d'ailleurs, était bien caractérisée, comme dans la coqueluche des enfans, par des expirations multipliées qui étaient suivies d'une inspiration prolongée; le sifflement seul ne s'observait pas. Il n'y avait pas de fièvre; mais une certaine dureté du pouls, jointe à la rougeur de la face, à la céphalalgie et à la dyspnée, me parurent indiquer suffisamment la nécessité

des émissions sanguines. (*Saignée du bras de 12 onces, le lendemain saignée du pied, diète, repos absolu, boissons adoucissantes, lavemens émolliens.*) Les quintes de toux diminuèrent d'intensité, et perdirent de leur fréquence au bout de huit jours. (*20 sangsues sur la poitrine vers l'appendice xiphoïde, bientôt après vésicatoire au bras.*) La dyspnée disparut alors presque entièrement, et la toux, quoique toujours convulsive et périodique, fut plus supportable; les quintes disparurent peu de temps après, la toux resta purement catarrhale, et ne tarda pas à disparaître.

Evidemment cette histoire offre beaucoup d'analogie avec les deux précédentes, principalement avec la première. Les symptômes sont, en effet, exactement les mêmes. Seulement ils ont été plus intenses dans le dernier cas, et ont paru constituer une maladie véritablement aiguë.

Obs. IVe — *Coqueluche précédée et accompagnée d'une pneumonie chronique chez un homme de 48 ans.* — Le nommé Gasselin, ouvrier dans une fabrique d'acide nitrique, d'un tempérament très-fort, grand et d'un embonpoint proportionné à sa taille, éprouva au commencement d'octobre 1826, du malaise, de la céphalalgie, des anxiétés, de la gêne dans la respiration. Bientôt à ces premiers symptômes se joignirent de la fièvre, de la toux, de l'insomnie, de l'anorexie, de l'amertume à la bouche, de la constipation, et le malade fut obligé de garder le lit. Il ne me fit demander que le troisième jour, à partir de l'invasion. La respiration était alors très-gênée, la toux pénible et douloureuse, le décubitus paraissait également impossible sur l'un et l'autre côté. Une application de 30 sangsues fut faite à la partie antérieure du thorax, et diminua considérablement la douleur; la toux fut plus facile, et s'accompagna d'une expectoration de

crachats épais et visqueux ; il y eut du sommeil la nuit suivante. La dyspnée subsista néanmoins, et nécessita de nouveau la saignée locale qui fut aussi abondante que la première et amena encore du soulagement. Huit jours se passèrent ainsi presque sans fièvre et avec un état de mieux apparent. Mais la toux, loin de diminuer, sembla prendre plus de violence; elle se reproduisit par quintes, de la même manière que chez tous les malades précédens, et chaque accès se terminait également par des envies de vomir, quelquefois même par des vomissemens ou une expectoration difficile et épaisse. Les adoucissans, jusque-là mis en usage, furent dès-lors continués avec persévérance, les loochs furent rendus calmans et diaphorétiques par l'addition du sirop diacode et du kermès, un large vésicatoire fut placé sur la poitrine, et bientôt après remplacé par un autre au bras, dont la suppuration fut excitée et soigneusement entretenue pendant près de trois mois. La toux persista ainsi jusqu'à la fin de janvier, conservant toujours son caractère convulsif, sa périodicité et les autres signes d'une véritable coqueluche, et offrant constamment plus d'intensité la nuit que le jour, où elle était moins fréquente, quoique la respiration restât gênée et courte, mais à un moindre degré, il est vrai, que dans les commencemens; et ce ne fut qu'après une aussi longue durée, pendant laquelle le malade rendit une énorme quantité de crachats, qu'elle finit par reprendre l'aspect d'un rhume ordinaire, les quintes s'étant entièrement dissipées vers cette époque, et l'appétit commençant à revenir aussi bien que l'embonpoint que cet homme avait perdu dans le cours de la maladie.

Ici la pneumonie paraît avoir été la cause première de la coqueluche, et ces deux affections parurent tellement liées l'une à l'autre qu'elles durèrent absolument le même temps et disparurent toutes deux à la fois. L'affinité qui

existe entre ces maladies confirmera l'assertion que j'ai d'ailleurs émise, d'après les faits que j'ai recueillis jusqu'à ce jour, que la toux convulsive n'est pas toujours due à l'inflammation des bronches, et qu'il n'est pas rare, ainsi que je l'ai fait remarquer, de la voir précédée et accompagnée d'une pneumonie ou d'une pleurésie, et même quelquefois de la phthisie (1), soit qu'on veuille, ce qui me paraît assez probable, considérer alors ces diverses affections comme causes de la coqueluche, soit qu'on ne les regarde, au contraire, que comme des complications accidentelles.

Obs. V.e — *Coqueluche précédée et suivie d'une bronchite chronique chez une femme de* 58 *ans.* — M.me D...., atteinte depuis long-temps d'un catarrhe pulmonaire chronique, et peut-être même de dilatation des bronches, ayant la respiration habituellement courte et essoufflée, toussa beaucoup plus que de coutume au commencement de juillet dernier, et sentit en même temps son oppression augmenter considérablement. Ces symptômes prirent de l'intensité; la toux, selon son rapport, venait par quintes, s'accompagnait d'une douleur très-vive à la poitrine, de maux de tête et d'étourdissemens, et la malade passait toutes les nuits sans dormir, obligée de se tenir presque constamment sur son séant pour respirer. Je fus témoin d'une de ces quintes qui me parût être en tout point identique avec celles de la coqueluche, s'ac-

(1) M. Guersent a déjà fait sentir l'affinité qui existe, dans certains cas, entre la phthisie tuberculeuse des poumons et la coqueluche, lorsqu'il dit, dans le *Dictionnaire de Médecine* : « Les vomissemens sont très-fréquens dans toutes les quintes de toux en général, et surtout dans *celles qui accompagnent la phthisie pulmonaire*, quoique le siège de cette maladie ne soit pas dans l'estomac. Le vomissement paraît produit par l'irritation de la toux, etc. » (Article *Coqueluche.*)

compagnant du même sifflement, comme chez les enfans qui présentent cette maladie, de constriction à la gorge, de rougeur des yeux et de la face, de vertiges, de soulèvement d'estomac, et d'expectoration pénible et sanguinolente. La durée de l'accès fut d'environ trois minutes, et la malade m'assura en éprouver une vingtaine au moins de semblables dans le cours de la journée, tandis que la nuit ils se succédaient presque sans intervalles. (*Application de 20 sangsues à la partie antérieure du thorax, cataplasmes émolliens sur cette même région, tisane de fleurs de mauve et de bourrache, loochs contenant une demi-once de sirop diacode.*) Dès le lendemain, il y eut de l'amélioration, et l'expectoration cessa d'être mêlée de sang. Les jours suivans, j'insistai sur les calmans et les adoucissans, qui rendirent encore les quintes moins longues et moins fréquentes, et procurèrent un nouveau soulagement. Enfin un vésicatoire fut placé au bras et entretenu pendant trois semaines, des antispasmodiques furent administrés à l'intérieur; ces moyens firent disparaître presque entièrement la toux, qui reprit dès-lors son caractère purement catarrhal et son aspect habituel.

Obs. VIe — *Coqueluche développée dans le cours d'un catarrhe pulmonaire chronique chez une femme de 62 ans.* — Mme S..... fut prise d'un catarrhe pulmonaire dans le mois d'octobre 1826, auquel elle fit d'abord peu d'attention, et qui était encore peu intense; mais le mois suivant, il acquit beaucoup d'intensité et revêtit la forme de la toux convulsive. Quintes pénibles et fréquentes, céphalalgie, douleur de poitrine, dyspnée, vomissemens glaireux et expectoration de crachats muqueux et épais à la suite des accès, rétablissement parfait dans leur intervalle, pouls en général régulier, diminution notable de l'appétit, digestions lentes, exacerbation de la toux

le soir et pendant la nuit, sommeil interrompu et presque impossible, tels étaient les principaux phénomènes dont s'accompagnait cette maladie, d'après le rapport de Madame S.... Je fus moi-même plusieurs fois témoin des quintes et du caractère spasmodique de la toux, ce qui ne put me laisser aucun doute sur la nature de cette affection, quoiqu'il me fût impossible, aussi bien que chez la plupart des individus dont j'ai rapporté les observations précédemment, de trouver dans l'inspiration, pendant la durée des accès, ce son particulier qui l'accompagne et la caractérise en même temps si bien chez les enfans. (*Emploi des adoucissans et des calmans, thériaque à la dose d'un demi-gros, application d'un emplâtre de poix de Bourgogne dans le dos.*) Rien n'indiquait l'usage de la saignée, le pouls étant non-seulement régulier, mais faible et peu fréquent. Ce traitement si simple produisit de l'amélioration, la toux fut moins violente, et M.me S.... passa quelques nuits moins mauvaises; cependant cet état de mieux ne se soutint pas; la malade se refusa à l'application d'un vésicatoire au bras. La toux persista tout l'hiver, et ce ne fut que vers le printemps que les quintes disparurent, la toux étant redevenue simplement catarrhale, comme dans le principe.

De toutes les observations précédentes, je crois pouvoir inférer que la coqueluche est plus fréquente chez les adultes qu'on ne le pense communément, ayant eu, pour ma part, occasion de remarquer et de recueillir, dans l'espace de deux ou trois années seulement, les faits que je viens de rapporter. Il m'a semblé aussi que dans plusieurs autres circonstances, la toux ordinaire d'un rhume ou d'une autre phlegmasie de poitrine peut revêtir pendant quelques jours l'aspect de la toux convulsive et se reproduire également par quintes; et j'ai même rencontré, quoique rarement, des transformations successives

de toux simples en toux quinteuses, *et vice versâ;* mais en raison du peu de durée de la toux convulsive dans ces divers cas, je ne crois pas qu'on puisse regarder alors ce phénomène comme constituant une maladie spéciale survenant dans le cours d'une autre, et lui appliquer par conséquent la dénomination de coqueluche; car je pense que ce n'est plutôt qu'une modification accidentelle et passagère de la toux, modification qui se fait voir pour beaucoup d'autres symptômes, et qui n'en représente souvent qu'une exacerbation ou un degré plus élevé. Enfin, les faits qui précèdent viennent encore à l'appui d'une assertion déjà reproduite plus haut, c'est que la coqueluche, ou toux convulsive, se rencontre aussi bien à la suite d'une pneumonie, d'une pleurésie ou d'une autre affection des poumons, que de l'inflammation des bronches; et cette opinion, que la nature seule des symptômes et la marche de la maladie m'a fait admettre pour un certain nombre de cas qui se sont présentés dans ma pratique, m'a paru surtout confirmée et mise hors de doute par diverses autopsies cadavériques que j'ai été à même de faire chez des enfans qui ont succombé à des pleurésies, des pneumonies, ou des phthisies pulmonaires, dans le cours desquelles ils avaient offert la toux convulsive, l'inspection anatomique des organes respiratoires m'ayant alors fait remarquer des inflammations de la plèvre, ou des hépatisations et des tubercules pulmonaires, sans lésion phlegmasique des bronches et de leurs ramifications, ainsi que j'en ai publié des exemples dans mon ouvrage sur la coqueluche.

La seule différence réelle entre la coqueluche des adultes et celle des enfans consiste dans l'absence, dans la plupart des cas, chez les premiers, du son particulier de l'inspiration, de cette espèce de sifflement bien propre à caractériser la toux convulsive dans le jeune âge, phéno-

mène qui résulte de l'introduction rapide de l'air dans le conduit aérien, à la suite de plusieurs expirations consécutives et saccadées, et dépend même peut-être encore d'un certain état de spasme de la glotte. L'absence de ce symptôme, passé l'âge de la puberté, me paraît aisé à expliquer par le développement que la glotte a acquis à cette période de la vie et la largeur triple ou même quadruple de cette ouverture, comparativement à ce qu'elle est dans l'enfance. J'ajouterai aussi que si l'on veut admettre que l'entrée du larynx doive être rétrécie par le spasme auquel cet organe participe sans doute, ce rétrécissement, toutefois, n'est presque jamais alors porté au point de rendre l'introduction de l'air bien difficile et l'inspiration, par conséquent, sifflante. Mais à part cette différence, tous les autres symptômes de la coqueluche des enfans se rencontrent, en plusieurs cas, dans l'âge adulte, comme le démontrent les faits que j'ai rapportés ci-dessus, et tendent à établir une identité réelle entre les quintes de toux qu'on observe aux diverses époques de la vie.

Coup-d'œil sur les cliniques médicales de la Faculté de Médecine et des hôpitaux civils de Paris; par le docteur Ratier. (Cinquième article.)

On sait que chez les malades ayant eu des inflammations contagieuses des parties génitales, il se manifeste après un intervalle de santé qui peut être extrêmement long si l'on en croit les auteurs, des symptômes consécutifs plus ou moins graves qu'on a coutume d'attribuer au virus vénérien. Ces affections s'observent chez ceux qui ont été traités sans mercure, mais elles ont

lieu également après les traitemens mercuriels les plus complets. Nous avons observé des faits de l'un et de l'autre genre, M. Cullerier en possède un grand nombre : mais il y a trop peu de temps qu'on emploie le traitement non mercuriel pour qu'on puisse décider la question. Il est bon de remarquer que le traitement mercuriel ne met pas cependant à l'abri des récidives ; et que tout individu ayant eu la syphilis peut, quelque traitement qu'il ait subi, conserver l'inquiétude de voir paraître des symptômes d'infection constitutionnelle. Or, s'il venait à être établi, par un nombre suffisant d'observations, que les récidives se trouvent en proportion égale dans un délai donné, chez les malades traités par la méthode rationnelle, et chez ceux qui ont pris du mercure, on devrait renoncer à employer ce remède au moins aussi généralement qu'on le fait à présent. M. Cullerier a d'ailleurs observé que les symptômes consécutifs se montraient principalement chez ceux qui avaient eu des symptômes primitifs opiniâtres, et qui avaient été obligés de faire plusieurs traitemens mercuriels, et que de plus les mercuriaux réussissaient assez mal en général contre ces affections secondaires, et qu'elles guérissaient mieux par d'autres moyens. Nous avons vu guérir parfaitement des affections consécutives sous l'influence du traitement rationnel dont nous avons parlé plus haut. Ajoutons que des affections considérées généralement comme dépendantes de l'infection vénérienne antérieure, telles sont des ulcérations de la gorge, des caries des pustules cutanées, peuvent se montrer chez des sujets chez qui l'examen le plus attentif des parties, et l'interrogatoire le plus scrupuleux n'a pu faire découvrir aucune trace physique ni morale d'affection primitive. Plusieurs observations que nous avons recueillies sont dans ce cas.

Après avoir exposé d'une manière succincte les opinions de M. Cullerier, sur l'ensemble des phénomènes morbides désignés généralement sous le nom de maladie vénérienne, nous allons entrer dans quelques détails sur les symptômes syphilitiques considérés en particulier, et sur les diverses modifications qu'ils peuvent réclamer dans leur traitement. La blennorrhagie, un des symptômes qu'on observe le plus fréquemment à l'hôpital, soit isolément, soit réuni aux chancres, aux bubons et aux végétations, a été un sujet de discussion. Quelques auteurs prétendent que la phlegmasie uréthrale, suite d'un coït suspect, n'est pas syphilitique et ne donne pas lieu aux affections consécutives qu'on observe après les chancres, par exemple. M. Cullerier est porté à partager cette opinion; il traite la blennorrhagie comme une inflammation aiguë; il fait appliquer des sangsues au périnée, et même le long de la verge: cette médication, employée énergiquement au début, fait quelquefois avorter la maladie, ou tout au moins en abrège la durée. Elle est secondée par les bains généraux et locaux, le repos et le régime. Quand, les symptômes inflammatoires ayant cessé, l'écoulement persiste, il ne fait pas difficulté de prescrire le baume de Copahu pour le terminer. La potion dite de Chopart est la préparation qu'il préfère d'ordinaire, et qui réussit assez bien quand l'estomac peut la supporter; il la fait aussi quelquefois donner en lavement, mais cette méthode lui est moins familière. Dans ces derniers temps on a essayé l'huile volatile de Copahu proposée par M. Dublanc jeune; les résultats de ces expériences, que M. Dublanc doit publier, ont été favorables. On réussit également avec le poivre cubèbe; mais M. Cullerier n'emploie pas ces moyens dans l'état aigu, comme le pratiquent quelques médecins. Il sait d'ailleurs, par des expériences multipliées, que les écoulemens chro-

niques sont sujets à reparaître, et que chez les femmes surtout ils sont presque interminables. Les injections sont peu usitées chez les hommes; chez les femmes au contraire on s'en sert dans l'intention d'arrêter les écoulemens chroniques. Parmi les divers moyens qu'on a essayés, le chlorure de soude étendu de dix fois son volume d'eau, a paru le plus avantageux; on a été beaucoup moins satisfait de l'eau de goudron et du pyrothonide dont on avait fait de trop pompeux éloges.

L'inflammation du testicule, assez commune dans la blennorrhagie, n'est pas considérée par M. Cullerier comme une preuve de la nature vénérienne de la maladie; c'est seulement l'indice de la propagation de la phlegmasie jusqu'à l'entrée du canal déférent: cette doctrine, peu physiologique, avait cependant été soutenue par des hommes d'un talent distingué, et dont le nom fait encore autorité dans tout ce qui a rapport à la maladie vénérienne. Une observation assez intéressante d'ailleurs, c'est qu'en général on observe l'orchite bien plus fréquemment dans les blennorrhagies légères que dans celles qui s'accompagnent des symptômes inflammatoires les plus aigus. Quelles que soient d'ailleurs les circonstances qui ont présidé à son développement, M. Cullerier n'en suit pas moins un traitement assez uniforme. Il blâme l'emploi des répercussifs et l'irritation mécanique de l'urèthre conseillée autrefois, et pense que cette méthode, que son prédécesseur considérait également comme incertaine et douloureuse, ne peut réussir qu'à une époque extrêmement voisine du début de l'inflammation, époque qu'il est impossible de fixer et qu'il faudrait cependant saisir, sous peine d'aggraver beaucoup les symptômes de la maladie. C'est par un traitement franchement antiphlogistique qu'on est le plus sûr de réussir. Une ou deux fortes saignées pratiquées au début, l'appli-

cation d'un bon nombre de sangsues, les bains de siège et les cataplasmes, opèrent ordinairement une prompte résolution. Quand on n'arrive pas à ce but, et qu'il reste du gonflement et de la dureté, la douleur ayant disparu, on accélère la terminaison en frictionnant la tumeur avec la pommade d'hydriodate de potasse ou de proto-iodure de mercure. Les expériences comparatives manquent encore pour décider laquelle de ces deux pommades se montre plus résolutive, car elles paraissent l'être toutes deux ; mais la seconde a un inconvénient que n'a pas la première, c'est celui d'agir sur la bouche. L'application des emplâtres appelés fondans ne paraît pas avoir une action bien remarquable.

D'après M. Cullerier, l'ulcère primitif connu sous le nom inexact de chancre, est de tous les symptômes groupés sous le titre de maladie vénérienne, celui qui doit être considéré comme le plus caractéristique, il est dans le plus grand nombre des cas le résultat de l'inoculation; on pourrait peut-être dire dans tous les cas, puisque la science ne possède pas encore de fait bien constaté d'ulcère vénérien développé spontanément chez un sujet sain; et que, malgré tout ce qu'on a pu dire, on n'a jamais pu prouver que les excès de coït entre deux individus bien portans, aient développé chez l'un des deux ou chez tous les deux des inflammations contagieuses des parties génitales. On le voit succéder à une petite tumeur rouge surmontée d'une vésicule acuminée, remplie d'une sérosité transparente d'abord, qui passe à l'état de pus quand la démangeaison assez vive qu'elle excite ne détermine pas la rupture de la membranule qui le contient. Aussi est-il fort rare de voir cette vésicule, et il est un grand nombre de médecins qui n'en soupçonnent pas l'existence (1). Il est cependant des cas où elle ne peut pas

(1) Un médecin recommandable prétend avoir cherché la pus-

exister, c'est quand pendant le coït il se fait une déchirure par laquelle s'opère l'absorption immédiate de la matière contagieuse. Il paraît que cette inoculation a généralement lieu par les follicules sébacés, car les chancres sont plus communs aux endroits où ces follicules se trouvent en plus grand nombre. Leur forme arrondie, forme qu'ils conservent jusqu'à ce qu'une circonstance ordinairement appréciable vienne le changer, forme que d'ailleurs on retrouve dans les ulcères intestinaux, semble prouver en faveur de cette opinion. Une fois établis, les ulcères vénériens, quoi qu'on ait pu dire, n'ont pas d'aspect qui leur soit particulier, et l'on pourrait montrer au praticien le plus exercé des ulcères bien certainement vénériens, des ulcères mercuriels et des ulcères produits artificiellement par un caustique, et le défier de les reconnaître à la simple vue (1). D'ailleurs, l'aspect des ulcères primitifs est modifié d'une manière très-remarquable par la structure des parties sur lesquelles ils siègent, par le mode de pansement, et par l'état des organes digestifs et autres circonstances. A moins qu'ils ne soient irrités par la fatigue, l'application de substances âcres ou l'ingestion d'alimens stimulans, ils sont *fort peu douloureux*. Les auteurs ont cependant signalé la douleur comme un des caractères des chancres vénériens. Leur marche est ordinairement peu rapide, et leur durée moyenne de

---

tule initiale du chancre, et l'avoir cherché vainement. Il croit qu'on s'est trompé en prenant pour elle les vésicules de *l'eczema preputialis*. Nous l'inviterons à examiner de nouveau.

(1) Les auteurs qui ont écrit sur la syphilis ont à ce sujet une singulière façon de raisonner. Lorsqu'une lésion offre des caractères équivoques, disent-ils, la co-existence d'autres symptômes plus décidément vénériens, et la preuve du traitement mercuriel, assurent le diagnostic. Avec ce principe une pneumonie sera vénérienne chez un homme qui aura des chancres et des bubons.

vingt à vingt-cinq jours. Ils guérissent très-bien spontanément ou au moyen d'applications topiques relâchantes, astringentes ou caustiques. Les applications mercurielles nuisent pendant la période inflammatoire; elles sont quelquefois utiles quand elle a cessé. Enfin, ces ulcères laissent une cicatrice qui reste assez long-temps dure et inégale, et qui finit par s'effacer, à moins qu'il n'y ait eu une perte de substance considérable. On voit, d'après cet exposé des observations de M. Cullerier, combien on a peu fait d'attention aux symptômes d'une maladie très-commune, et combien les écrivains qui ont traité ce sujet se sont laissés guider aveuglément par leurs devanciers plutôt que d'examiner par eux-mêmes. Dans les salles de ce praticien, les chancres comme les autres symptômes sont traités rationnellement. On applique des sangsues aux environs de ceux qui sont très-enflammés ; on s'est assez bien trouvé d'en appliquer sur les chancres eux-mêmes; un dégorgement rapide et salutaire succède presque toujours à cette petite opération que M. Cullerier ne fait pratiquer qu'un petit nombre de fois, et pour laquelle il ne paraît pas avoir de propension. Les soins ultérieurs consistent dans l'apposition sur les surfaces malades de charpie imbibée d'une décoction émolliente et narcotique, ou même de charpie sèche quand la cicatrisation commence à s'opérer. Les corps gras sont généralement bannis de ces pansemens, M. Cullerier les considère comme plus nuisibles qu'avantageux. Quand il se présente des chancres peu inflammatoires dès leur début, ou qui, après avoir été fort enflammés ont cessé de l'être, M. Cullerier emploie avec beaucoup d'avantage des cautérisations superficielles et réitérées au moyen du nitrate d'argent ; il n'a jamais observé d'accidens à la suite de cette pratique à laquelle plusieurs médecins reprochent d'en produire. Il y a lieu de penser que la différence des

résultats dépend de ce qu'ils ont cautérisé les chancres pendant l'état aigu de l'inflammation. Faisons remarquer ici que ces cautérisations faites dans le but d'accélérer la guérison des chancres, n'ont rien de commun avec la méthode ectrotique proposée par nous pour en prévenir le développement.

Les végétations sont un phénomène à-peu-près exclusif à la maladie vénérienne; elles se présentent, tantôt comme symptôme unique, tantôt comme symptôme concomitant ou consécutif à d'autres altérations. Elles se développent quelquefois avec une rapidité et une exubérance vraiment singulières, ainsi que nous en avons vu des exemples. Nous avons observé qu'elles sont beaucoup plus communes chez les femmes, sans que nous puissions donner aucune explication satisfaisante de ce fait. M. Cullerier pense qu'il est assez difficile d'en expliquer l'origine, mais il a observé plusieurs cas où elles semblaient dépendre de l'irritation des parties, car on les voit naître sur la cicatrice des chancres, et augmenter beaucoup pendant le cours des frictions mercurielles. Elles semblent quelquefois devenir plus opiniâtres et repulluler plus vîte sous l'influence d'un traitement local excitant. Un jeune homme reçu dans les salles de M. Cullerier nous a présenté un cas de ce genre. Il avait à la verge des végétations qui avaient été un grand nombre de fois attaquées par l'excision, les astringens et les caustiques : une médication purement adoucissante les fit disparaître. Il faut d'ailleurs être circonspect dans le diagnostic des végétations; M. Cullerier dit avoir vu des femmes chez lesquelles on avait pris pour des végétations et excisé comme telles les caroncules myrtiformes et les replis inférieurs du vagin; et un homme sur lequel un médecin peu expérimenté s'obstinait à couper les papilles saillantes de la base de la langue. Nous remarquerons en passant que

l'erreur est d'autant plus facile, que la disposition, le nombre et le volume des replis de la membrane muqueuse de la vulve et du vagin, ne présentent rien de constant. Le traitement des végétations est semblable à celui des autres symptômes. Quand elles sont peu considérables, les soins de propreté, quelques saignées locales faites à l'entour, des applications émollientes et faiblement astringentes d'abord, puis plus énergiques, et même la cautérisation, suffisent pour les faire disparaître. Celles qui sont isolées et pédiculées peuvent être attaquées par la ligature. L'excision est la seule méthode à employer pour celles qui sont volumineuses, dures, et qui sont le siège d'une suppuration abondante et fétide; en agir autrement serait prolonger le traitement d'une manière indéfinie. On pratique cette opération avec des ciseaux courbes, avec lesquels on a soin d'emporter non-seulement la végétation, mais encore la portion de tégument qui lui donne naissance, faute de quoi on la voit repulluler. Dans les cas de végétations très-étendues et très-volumineuses, on est obligé de raser avec un bistouri la partie d'où elles s'élevaient; les plaies qui résultent de cette opération guérissent rapidement, ainsi que la plupart de celles qui ont lieu chez les vénériens.

Les phlegmasies des ganglions inguinaux, connues sous le nom de bubons, sont un des symptômes les plus communs surtout chez les hommes, chez lesquels ils présentent généralement plus de gravité que chez les femmes; ce qui s'explique facilement par la vie plus active, les occupations plus fatigantes et le régime habituellement plus stimulant des premiers. Quoi qu'il en soit, une remarque faite depuis long-temps par M. Cullerier, c'est que les bubons qui surviennent consécutivement aux chancres ne sont pas en raison directe de l'intensité de l'inflammation dont ceux-ci sont le siège, on voit au contraire des

malades, dont les parties génitales sont couvertes de chancres éminemment inflammatoires, être exempts de bubons, tandis que d'autres ayant un seul chancre peu douloureux voit ses glandes inguinales s'engorger d'une manière très-intense. Ce fait est, pour nous, mis hors de doute par un nombre d'observations assez considérable déjà; nous avons vu, entre autres, deux hommes atteints de chancres nombreux au pénis, et tels qu'ils semblaient devoir perdre cet organe; le premier guérit très-bien par un traitement rationnel et sans qu'il survînt des bubons; le second en vit se manifester lorsque l'état de sa verge commençait à s'améliorer beaucoup. Il y a des bubons qui ne sont pas liés à la présence des symptômes vénériens primitifs, ce sont eux que l'on nomme bubons d'emblée. Le professeur Dubois en nie l'existence, et prétend qu'ils sont toujours précédés de quelque petit chancre ou excoriation qui ont échappé aux observateurs et aux malades, qui souvent négligens ou peu sensibles à la douleur ont porté sans s'en apercevoir des lésions assez graves. M. Cullerier croit qu'il peut y avoir des bubons d'emblée, mais il pense qu'on a souvent considéré comme tels des tumeurs ganglionnaires indépendantes de toute infection syphilitique. Aussi lui semble-t-il singulier qu'un bubon inguinal, qui n'a été précédé d'aucun symptôme syphilitique, fasse naître l'idée d'une infection vénérienne, tandis qu'on n'a jamais attribué cette origine à l'inflammation spontanée des ganglions axillaires. Il serait curieux de rechercher si, dans les cas où ces bubons douteux ont été suivis de symptômes consécutifs plus ou moins graves, ces symptômes n'ont pas dépendu de la methode thérapeutique employée. Les anciennes observations, surtout celles relatives aux maladies vénériennes, ont besoin d'être examinées d'une manière bien sévère.

Les bubons qui se présentent avec des symptômes in-

flammatoires sont ordinairement attaquées par la saignée, soit générale, soit locale. Cette dernière est fort utile; vingt-cinq à trente sangsues, placées autour d'un bubon très-volumineux, l'ont souvent fait avorter; les cataplasmes émolliens suffisent alors pour achever la résolution, qui s'obtient à-peu-près dans le tiers des cas. Quand la suppuration se manifeste, M. Cullerier ouvre au plutôt le foyer purulent, et tâche, par les sangsues et les résolutifs, de faire fondre doucement les ganglions engorgés. Bien différent des auteurs anciens et du professeur Dubois, qui, considérant la suppuration comme une crise salutaire, cherchaient à la provoquer, et attendaient, pour inciser le foyer, qu'il fût étendu et qu'il y eût fonte suppuratoire de tous les ganglions enflammés. Quelquefois la douleur, la rougeur et les autres signes d'inflammation aiguë cessent, mais la tumeur et la dureté subsistent. C'est dans ces conditions que M. Cullerier emploie les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse ou de proti-dure de mercure. L'action de ces deux pommades s'est montrée assez satisfaisante, mais peu rapide.

On observe fréquemment chez les hommes du peuple qui remplissent les salles des Vénériens, et qui ne s'y présentent, dans la plupart des cas, que quand leur maladie, aggravée par les travaux fatigans et les écarts de régime les plus déraisonnables les ont réduits à l'état le plus fâcheux, un accident qui prolonge leur séjour, entrave leur guérison, et rend nécessaire une opération douloureuse. Cet accident consiste dans le décollement de la peau après l'ouverture spontanée ou artificielle des bubons. On n'en vient cependant à la rescision des bords calleux de l'ouverture du bubon qu'après avoir employé les autres moyens, tels que les contre-ouvertures, les sétons passés dans les trajets fistuleux, la compression, et en avoir reconnu l'inefficacité. On la pratique avec des ciseaux courbes sur leur

plat, avec lesquels on enlève toutes les parties gonflées et douloureuses, en ayant soin, autant que possible, de détruire la forme irrégulière qu'affectent ces ulcères, et l'on conduit à guérison les plaies subséquentes au moyen d'un traitement simple, et ordinairement d'assez courte durée. M. Cullerier d'ailleurs y a rarement recours.

Il suffit de lire sans prévention, et d'une manière attentive les auteurs qui ont traité des affections vénériennes, pour se convaincre que pour la plupart ils ont reçu de confiance une doctrine toute faite, et qu'ils ne se sont pas même occupés à donner des descriptions exactes des phénomènes qui se sont présentés à eux. C'est une réflexion que suggère surtout la lecture de ce qui a rapport aux affections cutanées communément attribuées à la maladie vénérienne. D'abord, de l'inexactitude et de l'arbitraire de la nomenclature naît inévitablement une obscurité qu'il n'est pas toujours facile de percer, et qui se trouve même encore dans les ouvrages les plus récens. Les mots de boutons, pustules, vésicules, éruptions, etc., employés les uns pour les autres, des affections complexes décrites comme des maladies simples, des états successifs d'une même maladie figurant dans des cadres distincts, jettent dans ce sujet une grande confusion. Elle se trouve encore augmentée par l'introduction dans le domaine de la syphilis d'une foule d'affections qui lui sont étrangères, et dont on croyait que ce *protée* pouvait revêtir les formes. Tel est en effet, à cet égard, la prévention, que toute éruption cutanée qui se présente chez un vénérien, est regardée comme une dépendance directe, tandis que très-souvent c'est une simple coïncidence (1). M. Cullerier a été

(1) Ajoutons que bien souvent les indices les plus futiles suffisent pour déclarer syphilitique tel ou tel symptôme. Le 15 octobre, à la visite d'un chirurgien d'hôpital, fut présenté un

frappé depuis long-temps de ce vice, et il avait dès-lors senti le besoin d'une réforme dans le langage médical usité à l'Hôpital des Vénériens, où sous le nom de pustules étaient confondues presque toutes les maladies de la peau communément attribuées à la syphilis, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant l'article *Pustule* du Dictionnaire des Sciences Médicales, et celui du Dictionnaire en dix-huit volumes. De toutes ces affections, la plus commune, sans contredit, est celle qu'on connaît sous le nom de pustule muqueuse, et qui ne le mérite pas puisqu'il n'y a pas formation de pus, si ce n'est accidentellement lorsqu'au centre de la plaque muqueuse se développe une pustule plus ou moins volumineuse, ainsi que l'a parfaitement observé le docteur Rayer. Les plaques muqueuses se montrent tantôt primitivement, tantôt comme symptôme consécutif; elles se développent sur la peau et sur les membranes muqueuses, et sont incomparablement plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. On observe une assez grande différence dans leur aspect suivant le siège qu'elles occupent; en effet, à la peau elles offrent des élevures solides, applaties, ordinairement indolentes, accompagnées d'une démangeaison supportable. Il se fait à leur surface une desquammation qui se renouvelle plus ou moins long-temps, et quelquefois une pustule développée à leur sommet y détermine une ulcération qui se recouvre d'une croûte. Aux membranes muqueuses au contraire, on voit une tuméfaction peu considérable avec soulèvement de l'épithélium, par une matière blanche et pultacée. Lorsqu'avec la pointe d'une lancette on vient à l'enlever, on trouve au-dessous la membrane muqueuse rouge, grenue,

---

nouveau-né ayant à la joue trois à quatre pustules présentant les caractères de *l'impetigo figurata.* C'est probablement syphilitique, dit-il. Sur ce qu'on lui fit remarquer que ces pustules n'avaient pas la forme syphilitique, il répondit qu'elles en avaient *la couleur.*

mais sans ulcération. Plus tard cette couche couenneuse se détache et laisse un ulcère superficiel. La forme de ces plaques offre beaucoup d'analogie avec celle du muguet. M. Cullerier croît que la matière blanche qu'elles sécrètent n'est pas contagieuse, nous le pensons aussi; et nous avons vu plusieurs fois des malades porter leurs mains de leurs parties génitales à leur bouche sans rien faire naître à cette région. Le traitement de cette affection n'a rien de spécial; les applications adoucissantes y réussissent bien quand elle est accompagnée de symptômes inflammatoires. Nous avons vu quelques cas où les onctions mercurielles ont été suivies d'une disparition rapide de ce symptôme. Dans d'autres circonstances où elles occupaient la face interne de la bouche, un gargarisme alumineux nous a paru produire de bons effets. M. Cullerier emploie depuis quelque temps avec beaucoup de succès la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent.

Les pustules vénériennes se montrent sous la forme d'une tumeur saillante, dure, d'un rouge violacé, surmontée d'une vésicule acuminée renfermant un liquide roussâtre qui bientôt prend l'aspect du pus. A la rupture de la vésicule succède une ulcération superficielle arrondie qui se recouvre d'une croûte adhérente, d'un jaune brunâtre; ce sont celles-là qui ont reçu le nom de pustules croûteuses. Enfin, sous le nom de pustules lenticulaires, étaient signalées à l'hôpital des élevures papuleuses suivies de desquammation, et quelquefois de petites ulcérations, et laissant après elles de petites cicatrices déprimées et cuivreuses. Nous ne parlerons pas des pustules galeuses et autres qui sont tout simplement des complications, et non pas des élémens de la syphilis.

On appelle exanthème ou roséole syphilitique, des taches rosées; sans saillie, développées sur toute la surface de la peau, tour à tour plus pâles et plus foncées en cou-

leur, et sans aucune espèce de douleur et de démangeaison, comme aussi sans mouvement fébrile. Ces circonstances jointes à sa longue durée qui peut aller jusqu'à deux et trois mois, le distinguent de la simple roséole. M. Cullerier croît que cette affection n'est pas caractéristique de la syphilis, et qu'elle peut être produite par l'usage des sudorifiques. Elle n'exige pas de traitement spécial, et s'efface à la longue sans qu'on voie aucune médication en abréger sensiblement la durée. Les tubercules syphilitiques se montrent chez les malades atteints d'affections anciennes, et souvent exaspérées par des traitemens mercuriels, généraux et locaux, multipliés et mal dirigés. On les voit rarement se résoudre; il est plus ordinaire de voir les ulcères qui leur succèdent prendre un meilleur aspect, et se cicatriser sous l'influence de la tisanne de Feltz; presque toujours les mercuriaux les aggravent.

La couleur violacée des auréoles qui entourent les pustules syphilitiques ou réputées telles, et la teinte cuivreuse des taches qui leur succèdent ou qui se développent spontanément, sont loin d'être aussi caractéristiques que le prétendent les auteurs, et c'est, d'après M. Cullerier, une grande légèreté que de se décider d'après un indice aussi vague à entreprendre un traitement mercuriel. Cette coloration de la peau peut se produire accidentellement sous l'influence de causes appréciables, ainsi que nous en avons un exemple sous les yeux. Au mois de janvier de cette année nous eûmes l'occasion de faire appliquer chez un malade quatre larges sinapismes tant aux cuisses qu'aux jambes. Laissés en place pendant plusieurs heures, ces topiques produisirent une violente rougeur avec gonflement de la peau, quelques phlyctènes même se formèrent de place en place. La douleur fut vive et durait encore plus de trois semaines après, avec la rougeur et la

tuméfaction. Peu-à-peu à la teinte rouge succéda une couleur jaune cuivreuse uniforme d'abord; mais la résolution continuant à s'opérer, la peau se présente maintenant tachetée de la couleur que nous venons d'indiquer, couleur telle, que si l'on n'avait suivi le développement de ces taches, on serait fort embarrassé d'en spécifier la nature. La couleur des taches n'est donc pas, plus que la forme des ulcères, un signe certain d'affection syphilitique puisqu'elle se retrouve dans des maladies qui lui sont tout à fait étrangères, et l'efficacité même des préparations mercurielles ne doit plus être considérée comme *la pierre de touche* propre à révéler l'existence du *protée*, s'il est démontré que des maladies vraiement vénériennes guérissent sans mercure, que ce remède échoue contre les syphilis les moins équivoques, et améliore des affections qu'il est impossible de rapporter à la vérole. Les exemples de ce genre sont très-nombreux, et nous aurons l'occasion d'en rapporter dans un autre travail. Ils feront voir sur quelles preuves se fondaient beaucoup de praticiens pour déclarer une affection syphilitique, et pour faire passer les malades par les remèdes, comme on le disait alors.

Si l'on se montrait peu réservé sur l'emploi du mercure dans les affections legères et douteuses, à plus forte raison les prodiguait-on contre les affections opiniâtres, telles que certaines dartres auxquelles on supposait une origine vénérienne. On en a d'autant plus abusé que, comme dans la plupart des cas il augmentait les accidens, la prévention s'abusant sur la nature du mal attribuait à l'insuffisance du remède ce qui était la preuve de sa trop grande activité, et croyait devoir insister sur son administration. C'est ce qui avait eu lieu chez deux malades que nous avons vus dans les salles de M. Cullerier. Le premier était affecté d'une dartre de l'espèce impetigo qui occupait les fesses et le périnée, et s'accompagnait de

vives démangeaisons. Soumis au traitement par la liqueur et le sirop sudorifique, loin de trouver de l'allégement, il avait vu au contraire son mal augmenté; M. Cullerier fait pratiquer une saignée, et applique des sangsues autour de la partie malade; il supprime d'abord la liqueur puis le sirop, il substitue un traitement émollient, et obtient bientôt une amélioration sensible que suivit quelque temps après la guérison. Chez l'autre un zupia étendu et qu'avait aggravé le traitement mercuriel, guérit par un traitement adoucissant, interne et externe. Dira t-on que ces affections n'étaient pas vénériennes parce qu'elles avaient résisté au mercure et guéri par d'autres moyens? Ou bien conviendra-t on que des affections véritablement syphilitiques peuvent guérir complètement sous l'influence de médications qui n'ont rien de spécifique, et être aggravées par le remède sans lequel on ne saurait rien faire contre les maladies vénériennes, qui en est la pierre de touche, etc.? C'est à quoi devront répondre d'une manière satisfaisante les partisans de l'ancienne doctrine.

La même question leur pourrait être adressée relativement aux affections des os qui se présentent fréquemment chez les sujets ayant fait plusieurs traitemens mercuriels, et qui sont presque toujours exaspérées par l'usage du mercure, tandis qu'on voit les sudorifiques et notamment la tisanne de Feltz, être suivis des plus heureux résultats. Elle serait également à faire pour les ulcères du voile du palais et du parois du pharynx, dans lesquels on peut faire la même observation. L'occasion se présente souvent à l'hôpital des Vénériens, de vérifier cette assertion, que le traitement mercuriel, s'il peut être quelquefois employé avec avantage, ne doit pas être considéré comme spécifique, c'est-à-dire comme capable d'aller attaquer directement et neutraliser le virus, quelles que soient d'ailleurs les conditions organiques de l'individu.

Parmi les accidens que paraît produire le mercure, il en est un assez remarquable, c'est l'amaurose. M. Cullerier dit que ce phénomène qui est assez fréquent est attribué par les Anglais au virus vénérien. Pour lui, il le considère comme une conséquence de l'abus des mercuriaux; il nous a montré une femme chez laquelle une amaurose était survenue pendant un traitement mercuriel. Après avoir résisté aux saignées, aux dérivatifs et aux révulsifs, on la vit céder à un traitement insignifiant, quand on eut cessé de lui administrer du mercure.

Tel est l'exposé succinct de la théorie et de la pratique de M. Cullerier, exposé auquel il nous eut été facile de donner beaucoup plus d'étendue, car on peut recueillir beaucoup en suivant ce praticien. Nous comptons le faire connaître mieux encore, quand nous publierons un grand travail que nous avons commencé de concert avec lui, et qui aura pour sujet de nombreuses observations sur les maladies vénériennes.

Observations de fièvres intermittentes; par M. BRICHETEAU, *médecin du quatrième dispensaire, et de l'Académie royale de Médecine.*

Fièvres rémittentes et intermittentes pernicieuses.

Obs. I.re—M. Ch.*** âgé d'environ 30 ans, après avoir passé quelque temps dans une campagne ou régnent ordinairement des fièvres intermittentes causées par le voisinage des marais, et s'être exposé à l'influence d'un soleil ardent, éprouva de l'insomnie, de la céphalalgie et des frissons; il se rendit à Paris, où il lutta pendant plusieurs jours contre ces symptômes précurseurs. Le 20 septembre 1822, il fut contraint de se mettre au lit avec

des frissons, de la fièvre et un violent mal de tête; le soir il y eut un paroxysme. Je prescrivis une boisson délayante et des pédiluves sinapisés.

Le 21, apyrexie complète; tous les symptômes de la veille se sont dissipés, mais le soir nouveau redoublement, ou plutôt nouvel accès précédé de frissons et accompagné d'une insupportable céphalalgie qui avait son siége aux tempes; pouls fréquent, soif et chaleur excessives, le malade croit voir des objets voltiger devant ses yeux. Je prescris 20 sangsues aux tempes, la continuation de la tisane délayante et des pédiluves sinapisés. Les piqûres de sangsues saignèrent abondamment jusqu'au lendemain matin.

Le 22, apyrexie, calme profond, suivi d'une sueur abondante; nuit bonne, deux ou trois heures de sommeil. La céphalalgie de la veille se trouve réduite à une légère pesanteur de tête.

Le 23, vers deux heures de l'après midi, accès sans frisson, avec douleurs intenses et lancinantes de la tête qui reviennent par intervalle, pouls fréquent, chaleur et soif excessives, nausées, sensations étranges, idées bisarres, abattement. Je fis appliquer un vésicatoire à la nuque, et je prescrivis une potion antispasmodique. Agitation et insomnie pendant toute la nuit. Le malade se croit balancé dans les airs et porté d'un vol rapide dans les hautes régions de l'atmosphère.

Le 24, le calme succède à l'orage; nouvelles sueurs, principalement à la tête; pouls plein, élevé, un peu fréquent; céphalalgie à peine sensible. Le caractère intermittent ou rémittent de cette maladie m'avait déjà déterminé à administrer le sulfate de quinine, lorsque les parens me manifestèrent le désir de consulter M. Landré-Beauvais. Nous fûmes bientôt d'accord sur l'utilité du sulfate de quinine, qui fut prescrit à la dose de douze grains

(deux grains toutes les trois heures), pour prévenir l'accès suivant.

Le 25, malgré les douze grains de sulfate de quinine, l'accès revint le matin et dura près de douze heures; il fut cependant moins violent que le précédent, il n'y eut ni céphalalgie ni sueurs; le pouls était plein et peu fréquent. Le malade dormit paisiblement environ cinq heures à la suite de cet accès.

Le 26, apyrexie, pesanteur de tête, grande lucidité d'esprit; le malade, qui possède à fond la langue latine, a une grande facilité à parler cette langue. On administre de nouveau le sulfate de quinine à la dose de 15 grains. (3 grains toutes les trois heures.)

Le 27, l'accès paraît considérablement diminué et ne consiste que dans des pesanteurs de tête et un peu d'affaissement qui durent environ sept ou huit heures. Le malade dort six heures.

Le 28, apyrexie. On administre neuf grains seulement du fébrifuge.

Le 29, point d'accès.

Le 30, apyrexie; cinq grains de sulfate de quinine.

Les huit premiers jours d'octobre, on donne seulement deux grains par jour du fébrifuge.

M. Ch.***, auquel on avait expressément recommandé de ne point s'exposer au froid et à l'humidité, retourna à la campagne par un temps pluvieux; le jour même de son arrivée, il éprouva des frissons, il eut ensuite un bon et un mauvais jour, pour me servir de son expression, puis enfin deux accès réglés en tierce.

Le vendredi 18 octobre, jour de son retour à Paris, il eut un accès avec frissons, chaleur, sueur et une violente céphalalgie; on administra six grains de sulfate de quinine.

Le 19, nouvel accès vers une heure qui se répète le 20,

deux heures plutôt : ces accès, accompagnés de délire, furent tellement prolongés, qu'on eut à peine le temps de placer quatre grains de fébrifuge dans l'intervalle qui les séparait.

Le 21, la fièvre n'étant pas revenue à l'époque présumée de son retour, on donna huit grains de sulfate de quinine; mais vers cinq heures il se manifesta un accès sans agitation, sueur ni délire, mais accompagné d'une céphalalgie atroce qui dura toute la nuit suivante; on eut recours, pour la calmer, à des applications refrigérentes et opiacées, on appliqua des sinapismes aux pieds, et on administra une potion fortement narcotique. On remarqua que les urines déposaient un sédiment abondant (ce qui avait déjà eu lieu lors de la cessation momentanée des accès), et qu'il y avait de plus un peu de surdité (1).

Le 22, l'accès étant venu plus tard, on espéra que l'apyrexie, ou si l'on veut la rémittence, (car le pouls était presque toujours fébrile) serait de plus longue durée, et que l'on pourrait placer une plus grande quantité de sulfate de quinine. En effet cette apyrexie fut plus longue, et l'on put donner trois grains du fébrifuge à des distances très-rapprochées; on s'arrêta à douze à cause d'un peu de céphalalgie qui survint : cependant la nuit fut bonne (2), et le malade dormit paisiblement.

---

(1) Le dépôt des urines, la surdité, précédés d'une nuit des plus orageuses, n'étaient-ils pas les élémens d'une crise? En adoptant l'affirmative, il s'agirait de savoir jusqu'à quel point ce mouvement critique dans une maladie si grave a été l'œuvre de la nature ou du médicament?

(2) Le malade ne parut jamais éprouver la moindre excitation de l'action du sulfate de quinine; la langue était constamment blanche, et on ne remarquait aucun indice d'irritation gastrique.

Le 23, l'accès manqua et ne reparut point les jours suivans; on continua néanmoins à administrer le fébrifuge en diminuant chaque jour la dose; quoique le malade n'eut plus de fièvre, il ne pouvait se livrer à aucun travail et n'avait pas le libre usage de ses facultés ni de ses forces accoutumées; le seul signe de santé qui existât chez M. Ch. était un extrême appétit.

Le 14 novembre, la maladie se manifesta de nouveau par une violente céphalalgie, des frissons, de la chaleur et de la sueur, l'accès fut long et pénible. (*On administre 6 grains de sulfate de quinine.*) Il reparut le 16 sans être annoncé par des frissons, mais avec une sueur abondante; il dura 24 heures. (8 *grains de sulfate de quinine.*) Le lendemain, les urines déposent, il se manifeste un peu de surdité; j'annonce une nouvelle terminaison de la maladie, qui eut en effet lieu; je diminue, comme j'en avais l'habitude, graduellement le sulfate de quinine de 8 à 1 grain.

Environ un mois après, le malade eut encore une rechute peu intense; on lui appliqua un vésicatoire qui ne produisit aucun effet avantageux, il fallut recourir au sulfate de quinine, qui délivra de nouveau M. Ch.*** de la fièvre.

Le 20 décembre, M. Ch.*** eut un accès qui disparut sous l'influence du fébrifuge accoutumé.

Le 6 janvier 1823, nouvelle et violente rechute, frissons, courbature, chaleur, embarras des facultés intellectuelles, délire par intervalle, suivis d'une sueur abondante qui termine l'accès; il y avait à peine quelques heures que l'apyrexie avait commencé, que l'accès reparut avec la même violence et laissa à peine le temps de placer quelques grains de sulfate de quinine.

Le 8, immédiatement après la cessation de ce deuxième accès, on administra dix grains de ce sel en deux prises.

L'apyrexie dura environ douze heures. A dix heures du soir, nouvel accès qui se prolongea jusqu'au lendemain trois heures du soir. On administra quinze grains de sulfate de quinine en cinq heures. L'accès fut supprimé. Le lendemain 10, on en donna neuf grains, le 12, huit grains, le 13, six grains.

Le malade ayant encore eu une rechute le 25 janvier, MM. Landré-Beauvais et Husson furent appelés en consultation. Le résultat de notre examen fut que M. Ch.*** était atteint d'une fièvre intermittente d'une nature très-grave et très-tenace, et qu'il n'y avait aucune contre-indication a l'administration du sulfate de quinine à haute dose. En conséquence, il fut convenu qu'on donnerait trente grains de ce sel pendant une apyrexie : on prescrivit en outre l'usage d'une potion antispasmodique et de frictions de même nature, ce qui fut exécuté avec le plus grand succès. La maladie cessa entièrement; on continua pendant quelque temps l'usage de la quinine à dose décroissante. Le malade fut à la campagne passer sa convalescence.

Il eut dans la suite, à de longs intervalles, quelques ressentimens de fièvre, et même de petits accès qui cédèrent promptement à de petites doses de sulfate de quinine.

Obs. II.e—M.lle Adèle R.***, âgée de dix ans, d'un tempérament lymphatique, eut, le samedi 1.er avril 1826, un accès de fièvre avec frisson, chaleur et sueur. Cette fièvre revint à la même heure le lendemain, après une apyrexie de dix ou douze heures, mais sans être accompagnée de frisson. Appelé pour voir cette jeune personne, je lui trouvai un pouls fréquent, de la chaleur à la peau, mais aucune trace de souffrance dans aucune des trois grandes cavités du corps. Je remarquai seulement qu'elle ne pouvait achever les phrases qu'elle commençait. A six

heures du soir, il y eut un redoublement. (*Boissons délayantes, diète.*)

Le 3 avril au matin, ayant remarqué qu'il y avait avec de la fièvre un peu de douleur au ventre, je fis appliquer six sangsues. On y ajouta des lavemens émolliens, et pour boisson une légère limonade. L'accès fébrile fut retardé et ne vint que vers minuit, mais il y eut du délire, de l'agitation, la face était rouge, etc.

Le 4, la petite malade avait à peine de la fièvre, mais parlait avec difficulté et avait les pupilles très-dilatées. Elle demande à être transportée de sa pension chez ses parens, ce qui fut exécuté sans fatigue; mais à peine y fut-elle arrivée, qu'il se manifesta un violent accès avec délire, carphologie, efforts continuels pour sortir du lit; les yeux étaient fixes, la face livrée à des mouvemens irréguliers, le pouls très-fréquent, la chaleur intense. Le calme succéda à cet orage, le délire se dissipa, et la malade avait le libre exercice de ses facultés. Je prescrivis pour la nuit trois grains de sulfate de quinine, des cataplasmes sinapisés aux pieds, des compresses imbibées d'eau froide sur la tête, et une émulsion antispasmodique.

Le 5, la nuit précédente avait été calme, mais le matin les yeux étaient fixes, la pupille contractée, les paupières s'abaissaient involontairement, et il y avait une tendance manifeste à l'assoupissement. Je fis appliquer en outre de la glace sur la tête, et continuer l'application des sinapismes, dont la malade ne se plaignit point, quoiqu'ils eussent causé beaucoup de rougeur. (*Tisane de chiendent nitrée.*)

Le soir, consultation avec M. Guersent; alors l'assoupissement était devenu de plus en plus imminent; il fallait exciter fortement Adèle pour la faire boire ou en avoir une réponse; néanmoins, les facultés intellectuelles étaient intactes, la malade reconnaît les personnes

qui l'entourent, mais retombe dans l'affaissement après les avoir nommées. Il fut convenu qu'on appliquerait deux sangsues derrière chaque oreille, deux vésicatoires aux jambes; qu'on donnerait une boisson un peu laxative, et qu'on renouvellerait la glace déjà appliquée si l'exacerbation était accompagnée de beaucoup de chaleur.

Le 6 au matin, la malade se plaint des douleurs causées par les vésicatoires et les sinapismes de l'avant-veille qui, sans effet apparent dans le principe, avaient fini par produire des vésicules pleines de sérosité; il y a toujours une grande tendance à l'assoupissement; les paupières s'abaissent toujours involontairement; il y a eu pendant la nuit des alternatives de rougeur et de pâleur, la tête a été couverte de sueur; urines naturelles, point de selles; le pouls est faible et très-fréquent, la langue sèche et un peu brune. (*Continuation de la glace, petit-lait édulcoré avec le sirop de violettes, diète.*)

Le soir, loquacité, légère carphologie; les vésicatoires n'ont produit aucun effet; j'en applique de nouveaux à la même place, je prescris un lavement avec l'huile de ricin; point de paroxysme.

Le 7, amélioration sensible, mais la langue est toujours sèche et brune; selles spontanées au moment où l'on allait administrer le lavement purgatif; les vésicatoires ont soulevé l'épiderme sans produire d'ampoules.

Le soir, le mieux se soutient; il y a seulement une espèce de *subdelirium* quand la petite malade est livrée à elle-même; le pouls bat cent fois par minute, et est un peu plus consistant que les jours précédens.

Le 8 au soir, Adèle retombe dans l'affaissement et la somnolence. (*Glace sur la tête, un sinapisme à la cuisse.*)

Le 9, on remarqua de fréquentes exacerbations dans la journée, avec rougeur de la face, chaleur et sueur; le pouls assez développé, mais faible, bat de 90 à 95 fois

par minute ; les plaies des vésicatoires, ainsi que celles survenues à la suite de plusieurs sinapismes, sont blafardes, couvertes d'une suppuration ichoreuse ; les paupières s'abaissent involontairement aussitôt qu'on cesse de fixer l'attention de la petite malade. Les exacerbations très-marquées suivies d'une sorte de rémission, l'état des forces et l'aspect des vésicatoires, m'engagèrent à recourir de nouveau au sulfate de quinine et aux lavemens de quinquina. Je prescrivis un demi-grain de ce sel à la fin de chaque exacerbation, et un lavement de décoction d'écorce de quinquina rouge (1 gros pour une pinte d'eau); pour tisane, une infusion de tilleul et de camomille.

Le soir, amélioration sensible; la petite malade a pris deux grains de sulfate de quinine et trois demi-lavemens; le pouls est moins fréquent, la langue plus humide.

Le 10, même état; la suppuration des vésicatoires est sanieuse; il y a toujours de la fièvre sans beaucoup de chaleur; il s'est manifesté un peu de toux. On continue les lavemens de quinquina, boissons adoucissantes, looch avec quelques gouttes de liqueur d'Hoffmann.

Le 11, quoiqu'il y ait beaucoup d'amélioration, la langue est toujours sèche et le pouls d'une grande fréquence; la toux, qui revient assez souvent, engage à examiner la poitrine qui parait saine. (*Eau de poulet, lavement avec l'huile de ricin, looch.*)

Le 12, même état.

Le 13, la langue est plus sèche qu'à l'ordinaire; vers midi, forte exacerbation suivie d'un grand affaissement; à sept heures du soir, seconde exacerbation avec rougeur et sueur de la face, fréquence du pouls. Immédiatement après la cessation du redoublement, deux grains de sulfate de quinine en deux paquets, et à peu d'intervalle l'un de l'autre.

Le 14, rémission complète; pouls plus consistant et

peu fréquent, calme et sommeil, la chaleur de la peau et la toux ont beaucoup diminué ; les pupilles, contractées pendant le paroxysme, sont au contraire dilatées pendant la rémission. (*Trois grains de sulfate de quinine en trois paquets, de quatre heures en quatre heures.*)

Le 15, l'amélioration va toujours en croissant, la langue s'humecte. (*Un grain et demi de fébrifuge en trois paquets.*)

Le 16, un grain en deux paquets.

Le 18, un demi-grain. La malade, qui avait toujours été à la diète absolue ou au bouillon de poulet, commence à prendre un potage. A dater de cette époque, Adèle a été de mieux en mieux, mais la convalescence a été fort longue; la guérison des plaies faites par les vésicatoires s'est long-temps fait attendre. Cette jeune personne n'a été parfaitement rétablie de la grave maladie qu'elle avait éprouvée, qu'après avoir passé plusieurs mois à la campagne.

Obs. III.e — M. L.***, manufacturier, occupé de travaux pénibles, et affligé par des pertes considérables, était venu à Paris au mois d'août 1824 pour des affaires importantes; il était indisposé avant son départ, fit trente lieues dans une voiture publique par une chaleur excessive, et arriva fort malade à Paris; il resta jusqu'au 19 dans un hôtel garni, où il fut soigné par un médecin qui ne parut pas connaître sa maladie. Un des amis de M. L.*** étant allé le voir, fut touché de sa position et le fit transporter chez lui, et me fit prier de venir le voir le 20. Il était couché en supination, avait la face profondément altérée, les yeux un peu hagards, la parole brusque, et s'exprimait avec difficulté; ses forces étaient anéanties, et ses membres comme brisés, pour me servir de son expression; il y avait apyrexie complète. Il me dit qu'il avait une maladie terrible qui reve-

nait de deux jours l'un dans la soirée, et le ferait infailliblement périr si l'on n'y remédiait promptement, ne pouvant dire d'ailleurs en quoi consistait cette maladie.

Je prescrivis une potion tonique et antispasmodique dans laquelle je fis entrer un demi-gros d'extrait de quinquina; pour boisson, une infusion de feuilles d'oranger avec le sirop d'écorce d'oranges, des compresses d'oxycrat sur le front. Je recommandai de bien observer ce qui se passerait la nuit suivante, qui était celle de l'accès. Cette nuit fut extrêmement orageuse; M. L.*** en proie à une vive agitation délirait presque continuellement, demandait à tout moment le médecin, et se croyait sur le point de mourir; on vint me chercher au point du jour. Je trouvai le malade dans un abattement profond, en proie au désespoir; le pouls était à peine fébrile, la figure décomposée; il avait été, disait-il, dans un anéantissement et une défaillance inconcevables pendant toute la nuit.

Quoique M. L.*** n'eût eu ni frisson, ni sueur, que, selon toute apparence, la chaleur et l'accélération du pouls avaient été peu intenses, je ne crus pas moins reconnaître chez lui une affection périodique d'un caractère pernicieux, qui pouvait devenir mortelle en peu de jours : je prescrivis en conséquence le sulfate de quinine à la dose de trois grains, de trois heures en trois heures, et dont le premier paquet serait donné vers deux heures, époque de la journée où le précédent accès avait paru cesser. Le malade prit douze grains de ce sel pendant l'apyrexie; l'accès suivant revint néanmoins en tierce comme les précédens, mais fut beaucoup moins fort et moins long. Cependant le malade ne pouvait se rendre compte de son état; il était dans une sorte de situation indéfinissable. Je fis continuer la même dose de fébrifuge. Le deuxième accès manqua, et M. L.*** passa une nuit calme et dormit profondément. Il prit encore trois

doses de fébrifuge qui suffirent pour le délivrer entièrement de son mal.

Fièvres intermittentes simples.

Obs. IVe — *Fièvre intermittente guérie par la saignée du bras.* — Ebra (Marie), âgée de 18 ans, d'une forte constitution, régulièrement menstruée, entra à l'hôpital de la Pitié le 23 juillet 1814; elle avait depuis huit jours des accès de fièvre quotidienne, revenant à des heures différentes. Le frisson durait à-peu-près une heure, et était suivi de chaleur et de sueur; la durée de l'accès était de six heures. La malade avait la bouche amère, se plaignait de douleurs dans les membres, dans les seins; on lui administra d'abord un vomitif, puis plusieurs potions purgatives; vingt jours après son entrée à l'hôpital, on la mit à l'usage des amers et à celui du quinquina.

Ce fébrifuge donné en poudre pendant trois jours ne fit qu'irriter la malade, et changea le type de la fièvre, qui de quotidienne devint tierce avec à-peu près les mêmes caractères distinctifs.

On laissa aller la fièvre pendant quelque temps sous cette nouvelle forme, elle diminua un peu mais ne cessa point.

La force, la jeunesse et l'embonpoint de cette malade, l'insuccès du quinquina qui avait empiré en quelque sorte l'état de cette fille, en échangeant un type éphémère de fièvre contre un type plus tenace, engagea le médecin à faire pratiquer une copieuse saignée du bras. Ce moyen, heureusement inspiré, eut un plein succès, car la fièvre disparut aussitôt, et la malade sortit guérie de l'hôpital le 15 septembre, après y avoir resté suffisamment pour qu'on eût pu s'assurer de l'effet décidément curatif de la saignée.

Obs. V.e — *Fièvre intermittente guérie par la saignée du bras.* — Fournier (Marianne), jardinière à Clichy, travaille habituellement dans un jardin bas, humide et exposé au soleil; elle est d'ailleurs d'une forte constitution et jouit habituellement d'une bonne santé. Cette femme accoucha le 15 octobre dernier, et à la suite de son accouchement, heureux d'ailleurs, elle eut une perte considérable. Elle se leva au bout de huit jours et se reposa pendant quelque temps; ce ne fut que quarante-deux jours après être accouchée que Fournier se remit à son travail accoutumé, mais elle ne put continuer; des coliques, de la courbature et des douleurs vagues l'obligèrent à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, où elle resta trois mois; d'après son rapport, il est présumable qu'elle y fut traitée pour une fièvre intermittente. Cette malade rentra à son domicile, y demeura quelques jours dans un état de souffrance, et se fit admettre à la Pitié le 28 juillet 1814. Depuis quelque temps, elle avait des accès de fièvre qui revenaient tous les jours avec chaleur et sueur seulement; elle se plaignait en outre de lassitudes, d'une propension au sommeil, de baillemens, de pandiculations, etc.

On lui administra d'abord un vomitif, ensuite quelques purgatifs; on la mit à l'usage des amers; enfin le 12 août, on commença à donner le quinquina en poudre, et on le continua pendant onze jours, en augmentant graduellement la dose. La fièvre, au lieu de diminuer, augmenta; ses accès devinrent plus longs et plus forts. On cessa l'usage de ce médicament, mais on continua celui des tisanes amères; il se manifesta quelques jours après un léger point de côté, pour lequel le médecin fit pratiquer une saignée du bras. Cette saignée, faite dans le but de combattre la douleur pectorale, diminua considérablement l'accès de fièvre qui revenait chaque jour. Encouragé par ce succès, le médecin fit faire une seconde saignée le lendemain; le

jour d'après la fièvre manqua et ne reparut plus. La malade sortit guérie le 12 septembre.

Remarques. La première de ces observations est remarquable par la longue durée de la maladie, sa ténacité, ses fréquentes récidives et la constante céphalalgie qui en était le symptôme prédominant. C'est une fièvre que Torti aurait appelée intermittente pernicieuse céphalalgique. Plusieurs médecins qui ont fait des visites d'usage à M. Ch.*** pendant sa maladie, ont cru que cette céphalalgie était le symptôme d'une lésion organique du cerveau; cependant quand on considère que le malade, dans l'intervalle des rechutes, n'éprouvait aucune douleur, aucun malaise dans la tête, qu'il jouissait d'une parfaite santé; ne doit-on pas penser que les accès de sa fièvre étaient, comme le pensait Voulonne, autant de maladies successives qui revenaient à des époques rapprochées pour cesser bientôt après. Quoiqu'il ne soit pas rare, en effet, de voir une lésion permanente produire des phénomènes plus ou moins intermittens, il l'est infiniment davantage d'observer de pareilles lésions donner lieu à un ensemble périodique de symptômes qui se succèdent dans le même ordre.

La nature de la maladie qui nous occupe pourrait au besoin être démontrée par le succès du sulfate de quinine, qui, quoique porté dans cette circonstance jusqu'à l'énorme dose de *trente grains* en moins de vingt-quatre heures, n'a jamais produit la moindre excitation ni le plus petit accident. Long-temps après la guérison le malade a éprouvé, à diverses époques, des retours incomplets de sa fièvre, et ces rechutes se sont constamment dissipées sous l'influence de ce sel fébrifuge.

Il n'a pas été moins efficace dans la seconde observation qui n'était pas une fièvre intermittente, mais bien une fièvre de nature très-grave avec des rémissions et des exacerbations accompagnées de délire, d'assoupissement,

de carphologie, etc. C'est le quinquina qui, en définitive, a triomphé à la fin d'une affection contre laquelle les sangsues, la glace, les vésicatoires, les sinapismes, prescrits en temps présumé opportun, avaient été insuffisans.

Enfin le sulfate de quinine a été, en quelque sorte, le spécifique de la maladie périodique qui fait le sujet de la troisième observation; on ne peut pas dire rigoureusement que cette maladie fût une fièvre intermittente, car elle n'offrait qu'une seule des trois périodes qui constituent cette fièvre (la chaleur). Cependant la maladie de M. L.*** était périodique, elle portait dans toutes les fonctions de son organisation un tel désordre, qu'il était facile de prévoir qu'il y aurait bientôt succombé, si l'on n'eût trouvé un moyen d'arrêter les progrès de ce mal terrible et bizarre à la fois; ce moyen fut encore le sulfate de quinine, et il est très-douteux qu'on eût pu le remplacer par tout autre agent thérapeutique.

A l'occasion de ces trois cas de fièvres dites pernicieuses, je présenterai quelques considérations sur la théorie de ces fièvres et sur les opinions que certains médecins ont dans ces derniers temps émises à leur sujet.

Ces pyrexies ont été signalées et décrites dans un temps où la pathologie était trop peu avancée pour qu'on pût facilement éviter de les confondre avec d'autres maladies, dont, au reste, elles présentent souvent quelques-uns des symptômes les plus remarquables. Aussi suffit-il de parcourir les recueils les plus accrédités d'observations de fièvres pernicieuses pour s'apercevoir des méprises qu'on a commises à cet égard; Torti lui-même n'en fut pas exempt; et plusieurs malades, dont il rapporte l'histoire dans son fameux Traité de la thérapeutique spéciale de ces fièvres, étaient très-probablement atteints de phlegmasies diverses, auxquelles ils eurent le bonheur d'échapper ainsi qu'au quinquina, que cet auteur administrait souvent d'ailleurs avec sagacité.

Les erreurs comme les vérités s'enchaînent et se multiplient : celles que nous venons de signaler semblent en avoir produit une autre non moins dangereuse : savoir, que les fièvres dites pernicieuses ne reconnaissent d'autres causes que les diverses nuances de phlegmasie du tube digestif. Cette opinion est sans doute bien loin d'être généralement adoptée, néanmoins elle compte assez de partisans pour que divers ouvrages périodiques et non périodiques se soient efforcés, à diverses reprises, de la populariser parmi les médecins; il en est résulté des modifications très-importantes apportées dans la thérapeutique de ces fièvres et des chances de salut bien diverses pour les malades, objets assez importans en médecine pratique pour qu'on doive les examiner avec attention. Faisons observer, avant d'aller plus loin, que les premiers médecins qui tracèrent une description de la fièvre pernicieuse crurent que cela était suffisant, et semblèrent s'interdire les explications théoriques et même jusqu'aux investigations cadavériques; mais cette marche n'a pu résister à l'impulsion communiquée de notre temps à la médecine par la physiologie. Si la marche contraire a produit des prétentions systématiques exagérées, on peut dire aussi qu'il en est résulté des recherches lumineuses, des analyses précieuses et utiles qui se trouvent implicitement appréciées dans ces remarques.

Il n'est aucunement prouvé, ce me semble, que les fièvres intermittentes en général et les fièvres pernicieuses en particulier aient leur siége dans le canal intestinal; il ne l'est pas davantage qu'elles reconnaissent pour cause, comme l'a prétendu M. Mongelaz, une irritation du système capillaire sanguin; il paraît bien plus rationnel de les considérer comme des affections du système nerveux, qui n'ont qu'un rapport fort éloigné avec les fièvres continues. Quelque sagacité qu'ait montré Pinel en ralliant

fièvres intermittentes aux fièvres dites essentielles, quelque simple qu'ait pu paraître au premier abord cette distribution, peu de médecins l'adoptent aujourd'hui; il en est peu aussi qui trouvent une grande analogie entre des accès de fièvre, que Voulonne considérait comme une série de maladies distinctes, et l'appareil continu fébrile des pyrexies bilieuses et muqueuses, qui ont évidemment leur siége dans le tube digestif. Le mot fièvre intermittente me paraît donc une expression inexacte, parce qu'elle suppose un rapprochement forcé et défectueux. Cette maladie, en effet, ne consiste pas seulement dans des symptômes fébriles, mais elle présente encore les périodes de frisson et de sueur qui se reproduisent constamment à chaque accès et après chaque apyrexie, laquelle, dans notre opinion, est un état passager de santé : il serait absurde de dire, par exemple, qu'un homme qui boit et mange, vaque à ses affaires d'un accès de fièvre à l'autre, est sous le poids d'une maladie. Pour nous, il ressemble absolument à un individu qui a des attaques d'hystérie, d'épilepsie, de céphalalgie périodique, lequel jouit de toute la plénitude de sa santé d'une attaque à l'autre. D'un autre côté, il paraît démontré qu'il n'existe point de gastrites et d'entérites intermittentes, et que les cas de maladies qu'on a considérés comme tels sont des complications de phlegmasies avec des fièvres intermittentes. Il est très-remarquable que M. Bailly, qui a composé à Rome un ouvrage sur la fièvre intermittente de ce pays, n'a jamais trouvé de lésions organiques dans le canal intestinal. Enfin, l'auteur de l'article *Gastro-entérite* du Dictionnaire de Médecine, qui partage d'ailleurs plusieurs des opinions de la nouvelle école (1), pense qu'il n'existe point de

(1) M. Rayer.

gastro-entérites intermittentes. Après ces remarques, examinons les faits publiés sur cette matière.

D'après ce que nous avons dit plus haut sur la nature propre des fièvres intermittentes, nous ne sommes nullement d'accord avec l'auteur, d'ailleurs très-recommandable, d'un mémoire sur quelques phlegmasies cérébrales *présentées comme causes de fièvres intermittentes pernicieuses.* Ce confrère commence par poser en principe que les fièvres intermittentes ne diffèrent des continues que par des modifications peu importantes; il établit ensuite, sans hésiter, qu'elles reconnaissent pour cause une phlegmasie aiguë ou chronique; il ne fait même pas d'exceptions pour les fièvres des marais; il se montre néanmoins un peu plus circonspect au sujet des fièvres pernicieuses, et ne propose les faits contenus dans son mémoire que comme une pierre d'attente.

Le premier qu'il produise, et le seul qu'il ait pu découvrir dans les ouvrages consacrés aux fièvres pernicieuses a été recueilli par Comparetti; c'est une observation très-longuement racontée, dans laquelle les caractères essentiels de la fièvre pernicieuse ne sont point mentionnés, et dont la guérison avait coïncidé avec un écoulement blanchâtre et purulent de l'oreille. Il est difficile d'admettre *a priori*, qu'une lésion aussi légère qu'un catarrhe de l'oreille ait pu déterminer des symptômes aussi graves que ceux qui sont indiqués dans l'observation de Comparetti. Si l'on voulait parler le langage des anciens, on dirait plutôt que la suppuration de l'oreille a été la solution critique de la fièvre.

Dans un second, recueilli par l'auteur lui-même, on voit une écoulement purulent s'établir à la suite d'une violente otite dès l'enfance du sujet; ce ne fut qu'à l'âge de 17 ans qu'il éprouva la première atteinte d'une fièvre regardée comme bilieuse, guérie par les évacuans, et bientôt après

des accès d'une fièvre appellée pernicieuse, mais à laquelle manquaient deux des périodes caractéristiques des fièvres intermittentes (la chaleur et la sueur). Comment admettre qu'une inflammation qui dure depuis longues années a tout-à-coup produit une fièvre continue, puis une fièvre intermittente; d'un autre côté si la maladie en question était véritablement une phlegmasie, comment se fait-il qu'elle ait constamment cédé au quinquina? N'est-il pas plus naturel de voir dans ce cas complexe, la complication d'une fièvre d'abord continue, puis intermittente avec une otite très-ancienne. Faisons remarquer en outre, que l'auteur n'a pas observé par lui-même les accès de la fièvre qu'il qualifie de pernicieuse, et qu'il n'a pu baser son diagnostic que sur le rapport peut-être infidèle du malade. En admettant même que ce rapport soit exact, il resterait encore à démontrer que l'otorrhée en question procède d'une lésion cérébrale, ce qui est rigoureusement nécessaire d'après la manière de voir même de l'auteur, puisqu'il considère cette lésion comme la cause de la fièvre pernicieuse.

On a publié encore quelques autres écrits dogmatiques pour prouver que les fièvres intermittentes en général, étaient des irritations phlegmasiques locales; je ne citerai que l'ouvrage *ex professo* publié par M. Mongelaz, intitulé *Essai sur les phlegmasies intermittentes.* Sans discuter d'ailleurs les assertions exagérées émises dans ce livre composé avec peu de soin et d'exactitude (de l'aveu même des partisans de la nouvelle doctrine médicale), je me bornerai à faire remarquer avec quelle facilité, avec quelle apparence de succès on peut défendre une théorie quelconque, et la faire adopter par de jeunes adeptes. Je demanderai ensuite quelle confiance on peut avoir dans les opinions d'un médecin qui torture les faits au point d'en tirer cette singulière conclusion diamétralement opposée

à toutes les idées reçues : *les phlegmasies intermittentes, sont de toutes les maladies intermittentes les plus fréquentes. Les irritations gastriques et intestinales sont à elles seules plus fréquentes que toutes les autres irritations intermittentes réunies.*

La même exagération se retrouve dans l'interprétation des faits particuliers invoqués à l'appui des mêmes opinions sur la doctrine de l'irritation en ce qui touche les fièvres intermittentes. Beaucoup de médecins se rappellent sans doute, cette méprise commise sur lui-même par un jeune disciple de M. Broussais (1), qui ayant pris une fièvre pernicieuse pour une gastrite, se fit appliquer en plusieurs fois *quatre vingt-dix sangsues* : mais cette médication n'ayant fait qu'empirer son état au lieu de l'améliorer, il se resolut à faire appeler un médecin qui le trouva dans un état déplorable, et en proie à un violent accès de fièvre pernicieuse. Ce médecin s'étant fait rendre compte de l'état antérieur du malade, et s'étant assuré qu'il avait affaire à une fièvre intermittente des plus graves, administra le quinquina et guérit le jeune imprudent. Ce fait dont les conséquences paraissaient entièrement opposées à la nouvelle doctrine médicale par rapport aux fièvres intermittentes, a cependant été interprété d'une manière inverse par les partisans de cette doctrine. Ce qui justifie l'opinion que nous avons émise toute à l'heure, touchant la manière abusive dont on peut interpréter les faits.

On a cité à la vérité beaucoup d'exemples dans lesquels le quinquina n'a réussi qu'après l'emploi des antiphlogistiques, et d'autres où ce médicament anti-périodique n'a fait qu'exaspérer des fièvres d'accès. Mais ces exemples dans notre opinion, sont autant d'exceptions connues et d'ailleurs mentionnées dans les auteurs qui ont précédé

---

(1) *Voyez* la *Revue médicale*, tom. III, juillet 1824.

notre époque. Mais ce qui est nouveau, c'est que plusieurs malades imprudemment traités de fièvres dites pernicieuses, par les antiphlogistiques, ont été victimes d'une cruelle méprise. On peut consulter à ce sujet deux faits rapportés dans ma *notice des travaux* de la Société Royale de Médecine de Bordeaux, par *M. Dupuch Lapointe*, pour l'année 1826.

On dira peut-être que les deux faits rapportés dans ce travail dans lesquels la saignée a triomphé d'une fièvre intermittente font le procès des idées que nous avons émises plus haut, nous répondrons à cela, que des cas isolés de guérison par la saignée ne sont pas plus concluans, que les insuccès partiels du quinquina, car c'est toujours d'après les masses qu'on doit raisonner. Les questions de thérapeutique se reduisent à des questions de chiffres.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

De l'emploi du moxa ; par James Bayle. (*On the moxa*, *London*, 1825.)

L'obstacle que l'escarrhe formée par le moxa apporte au passage du calorique à travers l'épaisseur des tissus malades, la plaie qui succède à cette escarrhe et qui s'oppose à de nouvelles applications du feu sur le même point, sont, de l'avis de M. Bayle, deux graves inconvéniens qui font d'un puissant agent un moyen plus nuisible qu'utile dans la plupart des maladies pour lesquelles on recourt à son usage. La vive irritation qu'il détermine et l'abondante suppuration qui s'établit à la chute de l'escarrhe, ne sont avantageuses que lorsqu'on veut agir sur des affections profondément situées; il faut, selon l'auteur, que dans celles qui sont extérieures, le moxa

ne brûle qu'à distance de la peau, ensorte qu'il n'y ait ni vésication ni cautérisation, et que le calorique, en traversant long-temps, et autant de fois qu'on le désire, les parties affectées, les stimule doucement, et y excite le travail de la résolution sans y déterminer la phlogose.

De simples pinces à pansement suffisent pour assujettir le cylindre de coton dont on se sert à cet effet. On enflamme le moxa des deux côtés, et on le tient, pendant tout le temps de la combustion, à un pouce et demi environ de la peau, l'éloignant ou le rapprochant selon que l'impression produite par le feu est plus ou moins vive. Il ne faut exciter qu'une très-légère douleur. Voici, du reste, la substance de treize observations dans lesquelles on verra que le moxa, ainsi modifié dans son application, paraît avoir exercé une heureuse influence sur diverses affections plus ou moins graves.

I.re *Obs.* — Il y avait deux ans qu'un officier de la marine royale était impotent de la jambe droite, à la suite d'une violente attaque de rhumatisme dont le genou droit avait été particulièrement affecté. L'articulation fémoro-tibiale était énormément gonflée, très-douloureuse et chaude; les mouvemens y paraissaient presque complètement abolis, la rotule était tout-à-fait immobile; une substance dure, d'une consistance cartilagineuse, située au-dessous du rebord inférieur de cet os, semblait puissamment contribuer à le maintenir dans cette situation fixe; les muscles de la jambe et de la cuisse étaient atrophiés. Les moyens les plus variés avaient été inutilement mis en usage. M. Bayle pensait qu'il y avait épaississement des ligamens articulaires et de la membrane synoviale; la chaleur et la douleur du genou attestaient que cette articulation était encore le siège d'une inflammation profonde. Les sangsues et les applications émollientes furent jugées nécessaires. La phlogose ayant en grande

partie disparu par suite de ces moyens, on passa à l'usage du moxa qu'on employa de la manière suivante : l'auteur saisit, avec une pince à pansement, gros comme une noisette de moxa chinois qu'il enflamma, et maintint, pendant tout le temps de la combustion, à un pouce et demi environ de l'articulation malade. Cette opération fut répétée d'abord trois fois par semaine et à chaque fois on brûlait trois ou quatre moxas, en ayant soin de ne point les faire agir à plusieurs reprises de suite sur les mêmes points. Ce procédé n'était nullement douloureux. Chaque jour, après l'application du feu, on frottait le genou pendant un quart-d'heure, avec de l'huile camphrée, et on le tenait enveloppé dans de la flanelle ; on y exerçait enfin, avec précaution, le mouvement d'extension. Il y avait peu de temps que ce mode de traitement avait été adopté, et déjà l'articulation était moins gonflée ; mais la substance cellulaire dure qui se trouvait au-dessous du rebord inférieur de la rotule, n'avait point encore subi de changement, et l'on chercha à la faire disparaître à l'aide des cautères. Forcé bientôt de renoncer à ce nouveau moyen, on revint à l'usage du moxa. Tout le moxa chinois qu'on avait pu se procurer avait été brûlé ; il fallut recourir aux cylindres de coton, tels qu'on les emploie dans les hôpitaux de Paris ; mais la vive chaleur qu'ils produisent et la fumée âcre qu'ils répandent, les firent promptement abandonner. Ils furent remplacés par une préparation qui imite assez bien le moxa chinois, et qui consiste à tremper du coton très-fin dans une solution de nitrate de potasse, à faire sécher ce coton, à le réduire en filamens courts, et à l'enfermer dans des cylindres de papier d'un demi-pouce de diamètre sur un de large. Les effets de ce moxa furent remarquables, le genou recouvra peu-à-peu sa mobilité, les muscles de la jambe et de la cuisse reprirent du vo-

lume, le gonflement de l'articulation disparut presqu'en totalité; bref, le malade fut bientôt en état de marcher et de se livrer aux exercices les plus variés. Les bains de Bath achevèrent la guérison. Trois semaines après son rétablissement, cet officier reprit son service.

II.e *Obs.* — Une dame avait été attaquée d'un rhumatisme aigu dont le coude et le poignet avaient principalement souffert. Il y avait deux ans qu'elle était malade lorsqu'elle vint consulter l'auteur. A cette époque, les mouvemens de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras étaient très-libres; ceux de rotation étaient abolis. La main ne se mouvait que très-difficilement sur l'avant-bras, et le membre était tellement affaibli, que la malade ne pouvait soulever le moindre poids sans l'assistance de l'autre main. M. Bayle apprit que la douleur s'était particulièrement fait sentir dans le carré pronateur, le petit supinateur, muscles sur l'action desquels les mouvemens de supination et de pronation semblent en grande partie reposer; il pensa que la maladie tenait autant à l'affection des muscles qu'à l'engorgement des ligamens articulaires. Trois ou quatre moxas furent en conséquence brûlés chaque jour, à une distance convenable de l'avant-bras; on les fit agir sur les muscles que nous venons de nommer. Au bout de trois jours, l'amendement fut remarquable. Le 15.e, les mouvemens du coude et du poignet étaient presqu'entièrement rétablis. La guérison s'acheva par le soin qu'on eut de continuer à exercer les deux articulations.

III.e *Obs.* — Une dame était depuis huit ans impotente du bras droit, à la suite d'une violente inflammation qui avait particulièrement envahi le dos de la main, le poignet et les parties du bras qui avoisinent le coude. La main restait dans un état de flexion permanente; le muscle fléchisseur sublime était fortement contracté et

dur à son origine et vers le milieu de son trajet; l'articulation du coude paraissait intacte, mais celle du poignet avait perdu complètement le mouvement; les doigts étaient très-raides. Le traitement consista d'abord dans la combustion journalière de trois ou quatre moxas qu'on dirigea le long du trajet du muscle que nous venons de nommer, l'emploi des frictions avec l'huile camphrée, et l'exercice de l'articulation du poignet dans le sens de l'extension. Une semaine s'était à peine écoulée pendant l'usage de ces moyens, que déjà le poignet avait recouvré quelques mouvemens, et que l'induration musculaire commençait à diminuer. On brûla alors des moxas autour des jointures des doigts, en même temps qu'on redressait ces organes au moyen de petites attelles de liège, garnies de coussins. On finit par n'employer que ce dernier mode de traitement, en ayant soin de tenir les attelles appliquées tous les jours pendant une demi-heure. Les muscles fléchisseurs se relâchèrent bientôt, et les doigts acquirent plus de souplesse; mais le poignet conservant toujours beaucoup de raideur, on pensa que les extrémités articulaires du radius et du cubitus, et celles des os du carpe, étaient soudées ensemble; on désespéra dès-lors de ramener les mouvemens dans cette articulation, et l'on s'attacha seulement à la guérison des doigts, dont la raideur fut de nouveau combattue au moyen du moxa et des frictions huileuses employés pendant cinq mois. A la fin de cette période, la malade avait entièrement recouvré l'usage du bras et des doigts.

IV.[e] *Obs.* — M. L. avait perdu depuis dix-sept ans l'usage du genou droit; la jambe formait un angle droit avec la cuisse; les mouvemens de l'articulation étaient complètement abolis; la rotule paraissait soudée avec le fémur; les muscles de la cuisse et de la jambe étaient atrophiés; deux énormes cicatrices se faisaient apercevoir

vers le condyle externe du fémur. Tous les remèdes usités en pareil cas avaient été inutilement employés. M. Bayle soumit le membre à l'action d'une machine de son invention, et qui tendait à redresser par degrés la jambe sur la cuisse. On brûla en outre journellement quatre ou six moxas qu'on faisait particulièrement agir autour de la rotule. En peu de jours cet os avait déjà acquis un peu de mobilité. Quelques semaines après, les mouvemens étaient très-sensibles; ceux du genou commençaient à se faire apercevoir. Au bout de trois mois, la rotule avait recouvré sa mobilité ordinaire, mais le genou, qui était sans doute complètement ankylosé, n'avait pas acquis plus de flexibilité; les moxas avaient seulement diminué son volume.

Obs. V.^e. — M. F. R. avait un engorgement très-douloureux de l'indicateur de la main gauche, par suite d'une piqûre d'épine, la gaîne tendineuse de ce doigt paraissait tuméfiée; l'articulation du doigt du milieu avec l'os métacarpien offrait en outre un gonflement semblable à celui que produit la goutte. Ces deux affections, qui avaient résisté aux remèdes les plus variés, cédèrent rapidement à l'emploi journalier du moxa et des frictions avec l'huile camphrée.

Obs. VIe — Il y avait dix-huit mois qu'une jeune dame était impotente du genou gauche, à la suite d'une violente inflammation qui avait envahi cette articulation. Un chirurgien du premier mérite avait déclaré qu'il y avait ankylose, et que tous les remèdes étaient dès-lors inutiles. Les mouvemens de l'articulation n'étaient pas complètement abolis; la rotule s'était déjetée vers le condyle externe, et conservait encore une grande mobilité; le genou était considérablement gonflé en dedans, sa chaleur n'excédait point le degré ordinaire, mais il était si sensible dans sa portion antérieure que le plus léger choc y causait

une douleur aiguë. M. Bayle ayant jugé l'application du feu nécessaire, on recourut à la combustion journalière de six et quelquefois sept moxas autour de l'articulation, et à l'usage de frictions variées. Au bout de quelques jours, la malade sentit plus de force dans le membre et put marcher à l'aide de béquilles; on combina alors l'action du moxa avec celle de la machine à extension dont nous avons déjà parlé, et l'état de cette dame s'amenda tellement en quelques semaines, qu'elle pouvait marcher en ne s'aidant que d'une béquille seulement. Il y avait sept semaines qu'elle avait commencé l'usage de ces moyens et qu'il en résultait une amélioration progressive, lorsque des affaires de famille l'obligèrent à retourner dans son pays. L'auteur apprit, quelque temps après, que les mouvemens de l'articulation continuaient à devenir plus sensibles sous l'influence du même traitement.

Obs. VII.e — M. T...., sujet à des attaques de goutte, éprouvait, depuis un an, une douleur constante dans la seconde jointure du gros orteil du pied gauche. Cette articulation était gonflée, d'une couleur livide, foncée, paraissait encroûtée d'une matière tophacée qui nuisait à la liberté de ses mouvemens. Elle était de plus le siége d'élancemens aigus, surtout lorsque la malade marchait. Un grand nombre de remèdes des plus actifs ayant été inutilement employés, et l'auteur pensant que la douleur tenait à la pression que la matière tophacée exerçait sur les surfaces articulaires, proposa le moxa comme un moyen de favoriser l'absorption du corps étranger. En conséquence, on fit brûler trois cylindres de coton, de deux jours l'un, aussi près que possible de la jointure malade; des frictions avec de l'eau-de-vie camphrée furent pratiquées, et après trois semaines d'un pareil traitement il ne restait plus au malade qu'une légère induration dans le point originairement affecté.

Obs. VIIIe. — Une dame éprouvait depuis quatre ou cinq ans une douleur qui partait de la région inguinale droite, suivait la direction de la veine saphène jusqu'au genou, et se propageait quelquefois jusqu'au gros orteil. Cette douleur était très-aiguë, s'exaspérait beaucoup par la marche, ou lorsqu'on comprimait la cuisse. Le calomel, les frictions mercurielles, l'emplâtre de belladone, le kina, la morphine avaient été inutilement employés; on n'apercevait, en examinant le membre, aucune altération capable de rendre compte de cette affection. L'emploi du moxa fut toutefois proposé et accepté. On fit brûler, chaque jour, quatre cylindres sur le trajet du nerf crural, et deux sur celui du nerf sciatique, à son passage dans l'espace poplité. Le 1.er jour, la malade dormit tranquillement; le second, elle put se livrer plus librement à divers exercices; et le seizième elle ne se plaignait plus que d'une douleur sourde lorsqu'elle faisait de longues marches.

Obs. IXe. — Une jeune demoiselle avait été atteinte, il y a trois ou quatre ans, de la maladie connue sous le nom de luxation spontanée du fémur. Les symptômes inflammatoires avaient cédé au traitement qui avait été mis alors en usage; mais il était resté de la raideur dans l'articulation de la cuisse; la jambe était dans un état de flexion constante; les muscles avaient beaucoup perdu de leur élasticité et de leur volume. On s'était assuré que la tête du fémur n'avait point quitté la cavité cotyloïde, qu'il n'existait point d'ankylose, que la raideur de l'articulation n'était que partielle, et qu'elle ne résidait que dans la partie antérieure et supérieure de cette cavité. On présuma donc qu'il y avait raideur et raccourcissement du ligament rond, ainsi qu'épaississement de la capsule articulaire, et que la courbure de l'épine dont la jeune malade était en outre affligée n'était qu'une affection secon-

daire. En conséquence, M. Bayle proposa les moyens suivans : le repos dans une position horizontale, la malade étant couchée sur le dos, le moxa dirigé particulièrement sur l'articulation ilio-fémarale, et celle de la dernière vertèbre lombaire avec le sacrum, des frictions camphrées sur les muscles du dos et les fléchisseurs de la cuisse, et l'emploi d'un appareil propre à mettre en action les muscles de la cuisse, et de la jambe. Ce plan de traitement fut adopté, et après trois semaines de son usage, il y avait déjà une amélioratiou marquée sous tous les rapports. Au bout d'un mois environ, on pouvait ramener le membre à sa rectitude ordinaire en n'usant que d'un degré de force modéré; la courbure de l'épine avait considérablement diminué; les deux hanches étaient redevenues parfaitement égales. En persévérant dans ses moyens, cette jeune personne en était arrivée au point de pouvoir se livrer à l'exercice de la danse; et tout faisait espérer à l'auteur, lorsqu'il rédigeait cette observation, que la courbure vertébrale disparaîtrait entièrement.

Obs. X. — M. M.*** avait eu, il y a quatre mois, une affection rhumatismale du genou droit. Le gonflement qui en était résulté avait diminué, en partie, par l'emploi des ventouses scarifiées; mais résistait aux frictions mercurielles depuis long-temps continuées; l'articulation n'était plus enflammée, mais ses mouvemens étaient génés et la marche y produisait une douleur aiguë. Ces symptômes disparurent complètement après l'emploi, pendant dix jours, de quatre à cinq moxas qu'on faisait brûler, chaque fois, autour de l'articulation malade.

Obs. XI. — Une dame avait de la raideur dans le genou et l'articulation du pied du côté droit. Il y avait dix-huit mois qu'elle était dans cet état, à la suite d'une affection regardée comme une combinaison de la goutte et du rhumatisme. Le pied était tourné en dedans, et les orteils

restaient dans un état de flexion constante; les mouvemens de l'articulation tibio-tarsienne n'étaient sensibles que lorsqu'on appliquait un certain degré de force sur le pied. Les muscles de la jambe paraissaient atrophiés, mais ils étaient dans un état de relâchement; le genou offrait du gonflement et ne permettait point le mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse, et les doigts du pied étaient luisans et gonflés à l'endroit des jointures. Divers médicamens, des moyens mécaniques variés, des frictions, les bains de Brighton, les eaux d'Harrowgate avaient été inutilement employés. M. Bayle ayant conseillé le moxa autour de l'articulation tibio-tarsienne, le pied se redressa si rapidement sous l'influence de ce moyen qu'on ne recourut point à l'emploi d'une machine, qui avait été commandée à l'effet d'obtenir ce résultat. Trois semaines s'étaient écoulées depuis que ce mode de traitement avait été adopté. Déjà le pied avait repris son volume et sa position ordinaires; le gonflement et la raideur du genou avaient disparu et les doigts du pied recouvraient sensiblement leurs mouvemens, lorsqu'une attaque semblable à celle qui avait déterminé la première affection se déclara et fit périr la malade, après trois mois de souffrances.

Obs. XII. — Elizabeth Osborne fut prise de rhumatisme aigu dans le genou droit, à la suite d'un accouchement. Six mois après, elle vint consulter M. Bayle. La jambe était fortement fléchie sur la cuisse, et l'on ne pouvait chercher à la redresser sans y déterminer des douleurs cruelles; le genou était chaud, mais sans rougeur. Douze sangsues et des fomentations émollientes ayant ramené le membre à sa température ordinaire, on brûla de deux jours l'un, trois ou quatre moxas autour de l'articulation malade. En trois semaines, le gonflement, la douleur et la raideur avaient en partie disparu. On fit alors un usage journalier des cylindres de coton, et au bout de six

semaines de traitement, cette femme se trouva complètement rétablie.

Obs. XIII. — Un homme qui avait été exposé, pendant trois jours consécutifs, au froid et à l'humidité, fut atteint subitement d'un lumbago avec fièvre et diarrhée bilieuse. La fièvre et la diarrhée cédèrent à des remèdes appropriés; mais il y avait deux jours que le rhumatisme résistait aux moyens ordinaires, lorsqu'on se décida à faire brûler trois moxas près de l'endroit affecté. La douleur disparut alors très-promptement et ne revint pas.

VARIÉTÉS.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

CONCRÉTIONS OSSEUSES DANS LA SUBSTANCE DU PLACENTA. — M. le professeur Carus s'est livré à des recherches desquelles il résulte que ces concrétions sont plus fréquentes à certaines époques qu'à d'autres, sans qu'il soit possible d'en reconnaître la cause.

A Dresde et dans les environs de cette ville, on en trouve dans deux à trois cas sur cent ; et dans cinq à huit, sur le même nombre de cent, on rencontre des indurations granuleuses du placenta.

Il a remarqué en outre que les femmes scrofuleuses, cachectiques, ou atteintes d'affections nerveuses, étaient celles qui en présentaient le plus souvent.

Jamais ces concrétions n'ont leur siège à la surface interne ou fœtale du placenta ; elles se trouvent toujours vers la surface utérine de ce corps, où elles sont ordinairement concentrées en quelques points, et non disséminées dans toute son étendue : leur consistance varie de celle de l'albumine concrétée à celle de la pierre, et on les sent facilement au toucher. Le professeur Ficinus les a soumises à l'analyse, et y a constaté la présence de l'albumine, du phosphate et du carbonate de chaux, du phosphate de magnésie, et d'une très-petite quantité d'acide sulfurique, probablement à l'état de combinaison avec quelque base.

M. Carus pense qu'elles procèdent de la mère et non du fœtus, et compare leur mode de formation à celui de la production de l'enveloppe solide de l'œuf chez les oiseaux et chez plusieurs individus de la classe des reptiles.

L'existence de ces concrétions ne détermine quelquefois aucun accident ; plus souvent elle donne naissance à l'adhérence du placenta, d'où résultent des hémorrhagies, des métrites, etc. ; mais on n'a pas de certitude qu'elle influe de quelque manière que ce soit sur le fœtus. (*Gemein. deutschs zeitschr. für Geburtskunde*, tom. I.er, p. 615, 1827.)

Existence d'un sixième sens chez certains poissons. — Chez les requins et les raies, on trouve immédiatement au dessous des tégumens de la tête, une très-grande quantité de tubes parallèles, translucides, remplis d'une substance gélatiniforme, pourvus de branches nerveuses fort grosses, et se dirigeant vers la peau à laquelle ils se terminent. M. Jacobson donne pour usage à ces organes tubulaires de servir au tact. Mais M. Knox, en admettant cette opinion, ne pense cependant pas que ce soit au tact ordinaire que ces organes servent ; il croit que c'est un tact modifié, nouveau sens qui tiendrait le milieu entre celui du tact, tel qu'il s'exerce habituellement, et celui de l'ouïe, et qui serait destiné à faire percevoir à l'animal les ondulations du milieu dans lequel il vit. Cette manière de voir, quoique hypothétique, semble assez rationnelle, si l'on a égard, 1.° au grand nombre de nerfs qui se rendent à ces tubes ; 2.° à l'interposition d'une masse de consistance gélatineuse entre les extrémités de ces nerfs et le corps qui doit les affecter ; 3.° et enfin à l'intime connexion de la sixième paire et des nerfs acoustiques chez les poissons. (*Edinburhg Journal of science*, N.° III.)

Régénération du tissu nerveux.—M. Prévost ayant pris cinq chats à l'époque de leur naissance, divisa sur chacun d'eux le nerf pneumo-gastrique gauche, et en retrancha une portion de six millimètres de longueur environ. Nul accident n'en résulta, et la cicatrisation de la plaie ne tarda pas à être parfaite. Un mois plus tard, l'expérimentateur divisa le pneumo-gastrique droit sur l'un d'eux ; cette section fut suivie de baillemens fréquens, de cris rauques exprimant une vive douleur, d'un embarras de la respiration qui augmenta progressivement, et enfin de la mort quinze heures après. L'examen du cadavre fit voir les deux extrémités du nerf pneumo-gastrique gauche, renflées, dirigées l'une vers l'autre, et réunies entre elles au moyen d'un tissu blanchâtre qui offrait beaucoup d'analogie avec du névrilème épaissi.

Un mois après, un second chat fut soumis à la même opération,

et des phénomènes semblables furent observés, avec cette différence seulement que la mort n'arriva qu'au bout de trente-six heures.

Deux mois s'étant encore écoulés, la section fut pratiquée sur le pneumo-gastrique droit du 3.e chat, qui s'en ressentit à peine; les mêmes résultats furent obtenus sur le quatrième de ces animaux, qui se trouvait être le dernier, le cinquième étant mort par accident. Quinze jours plus tard, le pneumo-gastrique droit fut divisé de nouveau sur ces deux animaux, un peu au-dessus du point où il l'avait été la première fois, et il ne s'ensuivit aucune gène dans la respirarion; enfin, après 36 heures, le nerf du côté gauche fut pareillement coupé immédiatement au-dessus de la place où la première section avait été pratiquée, et au bout de 30 heures les deux chats succombèrent.

La dissection des nerfs divisés démontra à M. Prévost que les bouts supérieur et inférieur du pneumo-gastrique gauche étaient soudés entr'eux, et que l'endroit de leur réunion était marqué par un renflement dur et de couleur blanchâtre, qui semblait revêtu d'une couche de névrilème épaissi. Cette couche extérieure enlevée, la partie centrale fut comprimée entre deux lames de verre et examinée au microscope, où il fut facile de distinguer des filets du tronc nerveux supérieur, traversant la substance interposée pour se prolonger dans le tronc inférieur et rétablir ainsi le tronc nerveux dans son intégrité; mais ces filets n'étaient pas régulièrement juxtaposés comme ils le sont dans la continuité des nerfs; ils étaient séparés, et semblaient indiquer qu'ils n'avaient pu pénétrer qu'avec difficulté au travers de cette substance intermédiaire.

M. Prévost en conclut que, 1.° lorsqu'un nerf a été divisé, la réunion des deux extrémités, qui ne tarde pas à s'opérer à l'aide d'un tissu cellulaire blanchâtre, n'est pas suffisante pour que l'action y soit rétablie; 2.° qu'il est nécessaire que cette substance interposée soit traversée par des filets nerveux qui se prolongent de la portion supérieure à la portion inférieure; 3.° enfin que cette restauration paraît exiger un temps assez long pour être parfaite. (*Annales des Sciences naturelles*, février 1827.)

Monstruosités. — M. le Professeur Dugès, dans un mémoire fort intéressant sur les monstruosités, en donne trois observations très-détaillées, dont deux de monopsie et une d'aprosopie, qui tendent à confirmer cette grande loi de pathologie, depuis longtemps admise par M. le professeur Chaussier, et généralement consacrée aujourd'hui par les médecins-légistes, savoir, que les monstruosités sont des produits immédiats et nécessaires des maladies dont le fœtus peut être affecté pendant la durée de sa vie intrà-utérine.

Après s'être livré à des considérations fort étendues sur la cause

efficiente de la monopsie et de l'aprosopie, et après avoir présenté avec soin la gradation des monstruosités de la face, M. Dugès conclut :

« 1.° Que la monopsie, l'aprosopie et certaines cryptocéphalies dépendent d'une hydrencéphalocèle ethmoïdale ou sphénoïdale, ou même d'une hydrocéphalie générale qui a amené la distension, la rupture, la destruction des parties qui manquent;

2.° Que cette désorganisation s'opère à une époque où la réorganisation est possible à l'aide du travail formateur de l'épigénèse, qui peut, non reproduire les parties médianes qui ont été détruites, mais refondre et organiser symétriquement les parties latérales qui sont restées intactes;

» 3°. Que tantôt les parties violemment séparées se cicatrisent isolément (gueule de loup, etc.), tantôt au contraire elles se réunissent et se confondent sur la ligne médiane; et que quelquefois certaines portions se réunissent, d'autres restant séparées;

» 4°. Que dans le cas de réunion on trouve un certain nombre de degrés, depuis le simple rapprochement des yeux par atrophie des fosses nasales jusqu'à leur fusion totale en un seul globe, et même leur absence complète ainsi que celle de toute la face;

« 5.° Que dans la monopsie, les yeux se réunissent toujours au-dessous des rudimens du nez, par suite des tiraillemens qu'ils éprouvent vers le bas, lors de la réunion des parties molles de la face, et de la région sous-maxillaire considérablement délabrée par l'hydropisie;

« 6.° Que les oreilles externes sont aussi tirées en dessous, et réunies sur la ligne médiane par la même cause, quoique les os temporaux (à part leur portion tympanique) conservent leur situation ordinaire;

« 7.° Que les os rudimentaires de la face sont quelquefois élargis, imbriqués, de manière à prouver la préexistence d'une cause de distension suivie d'une réduction, d'un reploiement des parties primitivement distendues et amincies;

» 8.° Que quand la face manque, si le crâne ne contient plus d'eau, ses os ont éprouvé une réduction, un rapprochement, une condensation qui indique aussi qu'ils étaient d'abord plus étendus, et que la cavité qu'ils forment a été accidentellement diminuée;

« 9.° Enfin que ces explications sont singulièrement éclairées par les recherches modernes qui ont mis l'épigénèse hors de doute; et qu'elles pourront aussi, par réciprocité, servir à confirmer cette théorie, dès que l'on admettra l'action mécanique de l'hydrocéphalie telle que les faits l'ont (M. Dugès) conduit à le supposer. » (*Revue Médicale*, décembre 1827.)

Respiration de l'enfant *lorsque la tête seule est sortie des parties de la mère.* — M. le professeur Ritgen, appuyé sur plusieurs centaines d'observations, pense que l'enfant qui est sur le point de naître fait presque constamment une forte inspiration lorsque la tête seule est parvenue au dehors, et que le restant du corps est encore renfermé dans le canal du bassin; suivant lui, on peut regarder comme de véritables exceptions les cas où cela n'a pas lieu.

Ce phénomène s'observe très-facilement en faisant coucher la mère sur le côté, au moment où la tête est prête à franchir le détroit de la vulve. Lorsque cette partie est sortie, on voit, à l'approche d'une nouvelle contraction, le thorax de l'enfant se soulever avec force, et la bouche et le col offrent alors le mouvement de la première inspiration qu'il est même possible de distinguer à l'aide de l'ouïe. Aussitôt que la contraction commence à agir sur le fœtus, l'inspiration s'arrête et l'expiration a lieu, et si la contraction n'a pas déterminé l'expulsion totale de l'enfant, les mêmes phénomènes se reproduisent. Il en est de même des cas où les contractions se suspendent pendant quelque temps, et M. Ritgen établit que, dans cette circonstance, on observe aussi le plus souvent une expiration légèrement sonore, et que quelquefois des cris bien distincts sont produits. Dans ces momens, on voit quelquefois les paupières s'entr'ouvrir et se fermer, surtout sous l'influence d'une lumière assez vive; mais tous ces phénomènes présentent une foule de modifications selon les individus.

Ces faits sont de la plus haute importance dans la médecine légale, puisqu'il est vrai qu'un enfant dont la tête est hors du détroit de la vulve, respirant avant que le tronc ait franchi ce passage, peut être asphyxié sans même être né complètement, et sans que la mère puisse en être accusée. Plusieurs causes se présentent à l'esprit pour expliquer comment l'asphyxie peut avoir lieu dans un cas de cette nature, par exemple, l'introduction dans la bouche de matières étrangères, comme le sang, l'eau de l'amnios, les matières fécales, etc., ou même la constriction du conduit aérien par la position du cordon ombilical à l'entour du cou de l'enfant. On ne peut donc trop engager les praticiens à vérifier l'exactitude de ces faits, qui ont été déjà signalés par Osiander. (*Gemeins. deutsche Zeitschr. für Geburstkunde*; tome 1.er, page 541, 1827.)

Anomalie de langage. — *Observation recueillie par le docteur Martinet.* — Un homme, âgé de cinquante-quatre ans, éprouva de vives contrariétés à la suite desquelles il lui fut bientôt impossible de lire, d'écrire et de trouver des mots pour exprimer ce qu'il pensait. Les appareils sensitif et locomoteur étaient dans l'état normal, et du reste la santé était assez bonne. Interrogé sur sa manière d'être, il répondait deux ou trois mots justes; puis, pour dire qu'il ne souf-

frait aucunement de la tête, il disait : *les douleurs ordonnent un avantage*, tandis qu'en écrivant, il répondait à la même question : *Je ne souffre pas de la tête*. Si l'on prononçait devant lui un mot quelconque, par exemple, *tambour*, et qu'on le priât de le répéter, il disait *fromage*; au contraire, si on l'invitait à l'écrire, il le faisait très-exactement. On lui donna à copier les mots *feuille médicale*; ce qu'il fit d'une manière correcte, mais il ne put prononcer que *féquicale*, *fénicale*, *fécoeale*; alors on lui fit lire le mot *féquicale*, écrit par lui-même, et il ne put dire que *jardait*. Souvent il jetait sur le papier des phrases que la nature des mots qu'il employait et l'incohérence de ces mots entre eux rendaient tout-à-fait inintelligibles. Lui présentait-on divers objets, il les désignait généralement avec justesse; mais il lui arrivait quelquefois de se tromper, et alors il appelait dans la même séance une plume *un drap*, un crachoir *une plume*, une main *une tasse*, une bague *un crachoir*, une corde *une main*; il pouvait donc prononcer les mots drap, plume, tasse, crachoir, main. (*Journal des Progrès*, 3.e vol., 1827.)

EXPÉRIENCES *sur le quassia amara, le quassia simaruba, les racines de colombo et de gentiane jaune, et le marron d'Inde.* — Le docteur Buchner ayant appliqué un grain d'extrait alcoholique de quassia amara sur une plaie qu'il avait faite à la cuisse d'un lapin, il n'en résulta aucune inflammation; cependant l'animal, qui n'en avait pas paru d'abord très inquiété, ne tarda pas à devenir triste, et la mort arriva trente heures après. L'examen du cadavre ne fit découvrir aucune trace de lésion.

L'extrait alcoolique de quassia simaruba, appliqué de la même manière, produisit des effets semblables, et deux grains donnèrent la mort à un lapin dans l'espace de vingt-quatre heures.

M. Buchner déduit de ces expériences, qu'il a répétées plusieurs fois, que ces deux végétaux renferment un même principe, la *quassine*, auquel ils doivent leurs propriétés, et qui probablement appartient à la classe des alcaloïdes narcotiques.

On trouve dans la racine de colombo un principe jaune amer, soluble dans l'eau, dans l'alcool et dans l'éther, qui n'est pas précipité de sa dissolution aqueuse par l'acétate de plomb, ce qui porte M. Buchner à le regarder comme alcaloïde. Cette opinion, d'ailleurs, est fortifiée par l'existence d'un principe de cette nature dans l'une des espèces du même genre, le *menispermum cocculus*, qui fournit la coque du Levant.

Un grain d'extrait sec de la racine de colombo, obtenu par l'éther pur redissous dans l'eau, fut mis en contact avec une plaie chez un lapin, et, au bout de dix heures, l'animal expira sans avoir donné aucun signe de douleur, et sans que la plaie eut été le siége d'une

inflammation. En substituant l'extrait alcoolique à l'extrait éthéré, la mort survint également, mais seulement après trois jours.

L'extrait alcoholique et éthéré de la gentiane jaune, et l'extrait alcoholique de marron d'Inde, appliqués comme ceux précédemment cités, ne produisirent aucun effet; d'où l'on peut conclure que ces deux végétaux ne sont point vénéneux. (*Repertor. für die pharmacie;* tom. XXIV, pag. 251.)

Changemens que fait subir à l'urine l'administration de certains médicamens. — M. Woehler a prouvé, par des expériences multipliées faites sur les animaux, qu'après l'ingestion dans l'estomac d'une certaine quantité d'acide tartarique, l'urine recueillie laisse déposer par le refroidissement un grand nombre de petits cristaux de tartrate de chaux; si à l'acide tartarique on substitue les acides succinique, oxalique ou gallique, on obtient du succinate, de l'oxalate ou du gallate de cette même base. Lorsqu'on se sert du dernier de ces trois acides, le gallique, l'urine, mêlée avec une solution d'un sel ferrugineux, noircit instantanément. M. Woehler en conclut que les acides végétaux libres, portés dans l'estomac, n'y subissent aucune décomposition; mais qu'ils s'unissent à une base (dans le système circulatoire sans doute), et passent ensuite dans les voies urinaires à l'état salin.

Si ces acides sont combinés à des bases lorsqu'on les donne intérieurement, des expériences sur l'homme et les animaux prouvent qu'alors ils se comportent tout autrement, et que, dans ce cas, l'urine devient alcaline. On observe ce phénomène après l'ingestion de l'acétate de potasse ou de soude, des tartrates de potasse ou de soude, du quadroxalate de potasse et autres sels végétaux; les cerises, les fraises, les myrtilles, mangées en grande quantité, produisent le même effet, ce qui paraît dû au malate de potasse qu'elles contiennent. Le sel est décomposé, l'acide ne se rencontre plus dans l'urine, où il est remplacé par l'acide carbonique, de manière que la base a passé à l'état de sous-carbonate. Cette urine fait fortement effervescence par l'addition d'un acide minéral. Par le refroidissement, elle se trouble, et, au bout de quelques heures de repos, sa surface est recouverte d'une pellicule cristalline de phosphate ammoniaco-magnésien, circonstance très-importante à remarquer, puisque sa considération doit empêcher de prendre pour un phénomène morbide un effet qui est dû à la décomposition du médicament lui-même.

Ces résultats peuvent être appliqués à la médecine pratique. Quoique M. Woehler soit convaincu qu'on ne parviendra jamais à dissoudre dans la vessie un calcul un peu considérable, cependant il croit que l'emploi des sels végétaux peut servir de palliatif dans la

gravelle, toutes les fois que le sable ou les petits calculs sont formés d'acide urique. Il rapporte que Chelius, Gmelin et lui-même ont observé des malades qui se sont trouvés très-soulagés par l'emploi de la crême de tartre et des cerises, et chez lesquels les urines sont devenues claires chaque fois que ces moyens ont été mis en usage. (*Hufeland's journal*; janv. 1827. Extr. par V. Stoeber.)

EFFET SINGULIER PRODUIT PAR L'APPLICATION DE L'EMPLATRE DE CANTHARIDES. — *Observation recueillie par le docteur Ammon.* — Un jeune homme de vingt-six ans, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, et ayant des dispositions aux scrofules, fut atteint, à la suite d'un refroidissement subit, d'une pleurésie légère avec complication gastrique. Des sangsues furent posées sur le point douloureux du thorax; mais cette saignée locale n'ayant pas fait disparaître entièrement la douleur, on y appliqua un vésicatoire saupoudré de camphre. Ce topique fut mis en usage contre le gré du malade, qui rapporta que, cinq ans auparavant, dans une circonstance semblable, une application vésicante sur la poitrine avait déterminé chez lui un écoulement gonorrhéique fort abondant que le traitement le mieux approprié et le régime le plus sévère avaient pu arrêter à peine après une durée de plus d'un mois.

Le vésicatoire ordonné par M. Ammon amena d'abord un résultat fort avantageux, car le point de côté, la toux, etc., disparurent, et alors on laissa guérir la plaie. Au bout de quatre jours, la douleur revint et nécessita la réapplication de l'emplâtre qui, cette seconde fois, ne réussit pas moins bien à faire cesser les accidens, mais fut suivi de l'apparition d'un ulcère sur le gland. Cette plaie, assez étendue, profonde et sécrétant une très-grande quantité de pus, n'offrait aucuns des caractères propres aux ulcérations syphilitiques; elle fut traitée par des lotions d'acétate de plomb, et se cicatrisa au bout de trois semaines.

Le docteur Ammon, rapprochant cet effet de celui observé déjà par le malade, ne fait aucune difficulté de l'attribuer à une action particulière des cantharides sur le sujet dont il s'agit. (*Litt. Annal. der Ges. Heilk.*; mars, 1826, page 399.)

ANASARQUE CONGÉNITALE CHEZ UN VEAU. — *Observation recueillie par le docteur Jaeger.* — Une vache, pleine depuis huit mois environ, fut tuée en raison d'une maladie grave dont elle était atteinte. A l'ouverture du cadavre, on trouva un veau dont toute la surface du corps était blanche et privée de poils, à l'exception de quelques points très-circonscrits. Un fluide séreux, assez épais, analogue à l'eau de l'amnios de la vache, remplissait le tissu cellulaire sous-cutané, et transsudait par les ouvertures du corps et par la surface de la peau, sans qu'aucune section y eut été pratiquée; sa quantité fut éva-

lues à cinquante livres, c'est-à-dire à la moitié environ du poids de l'animal; la charpente osseuse paraissait régulièrement conformée; le sternum et les côtes offraient seuls un développement moins parfait que les autres pièces, et ce défaut de développement se faisait également remarquer dans le plus grand nombre des organes contenus dans le thorax et l'abdomen. Les poumons, très-petits et très-compactes, présentaient par l'insufflation de l'air, dans le lobe supérieur, l'apparence de prolongemens saillans, semblables à ceux qu'on retrouve dans l'organe pulmonaire du caméléon, et, dans le lobe inférieur, celle d'une vessie membraneuse, translucide, revêtue de substance pulmonaire d'une couleur rougeâtre : en général, les poumons de cet animal avaient la plus grande analogie avec ceux des reptiles. Une sérosité sanguinolente baignait les parois des cavités thoracique et abdominale; les organes sécréteurs abdominaux étaient assez développés; le gros intestin était, au contraire, fort court : l'appareil génital était conformé d'une manière normale. (*Archiv. für Anatomie und Physiologie*, n.° III, page 377, 1826.)

Pathologie interne.

Observations d'amnésie, *recueillies par le docteur Chailly, et publiées par le docteur Gendrin.* — *Observation* I.re — M. Simon, rentier, âgé de cinquante-sept ans environ, demeurant à Versailles, rue des Réservoirs, se trouvait un jour, après son dîner, à jouer au trictrac chez un pharmacien de la même ville, M. Colombeau. L'endroit dans lequel il jouait avait peu d'étendue, était fortement échauffé par un poële et éclairé par un quinquet qui concourait encore à en élever la température. Soudain il ressentit une douleur à la tempe gauche, et perdit la faculté de pouvoir exprimer ses pensées comme de coutume. Sa mémoire le trahissait toutes les fois qu'il lui fallait trouver un nom substantif, et tous les mots de cette espèce étaient remplacés par *sonnet* et *six-cinq*, termes du jeu de trictrac. Il fut reconduit chez lui, et M. le docteur Chailly ayant été appelé, le trouva debout, le visage coloré, et faisant entendre qu'il ressentait de la douleur à la région temporale gauche, mais sans pouvoir l'exprimer autrement que par cette phrase : *J'ai là un sonnet.* Tout était pour lui sonnet ou six-cinq, et c'était sous l'un de ces noms qu'il désignait sa fille elle-même. Le traitement mis en usage consista en saignées de pied d'abord, puis saignées de bras; en saignées locales à l'anus et à la tempe, qu'il indiquait comme siège du mal; en dérivatifs sur les parties inférieures, etc. Le quatrième jour, cette affection commença à céder, et le quinzième, elle était à peu près terminée. Cependant la mémoire ne revint pas sur-le-champ aussi nette qu'elle avait été par le passé; les noms substantifs se présentaient bien

à lui, mais sa prononciation les rendait méconnaissab'es. Il en était de même s'il écrivait; les phrases qu'il traçait étaient à peine intelligibles, et c'est ainsi que pour *jouissance*, il mettait *jouesseur*. Enfin, le mieux se prononça de plus en plus de ce côté, et la mémoire se rétablit entièrement. Depuis ce temps, M. Simon est parvenu à un âge fort avancé sans avoir rien éprouvé de pareil.

Obs. II.e — M. Duchêne, naturaliste, perdit, à l'âge de soixante-dix ans à-peu-près, la mémoire de tous les mots substantifs, à l'exception de quatre à cinq, comme *corps-de-garde*, *société*, etc., qui lui servaient à remplacer tous les autres. Cette affection ne se déclara pas d'une manière brusque; elle vint peu-à-peu, comme par accès, en offrant à chaque reprise un degré d'intensité plus considérable. De nombreux moyens furent employés pour la combattre; mais on n'en put obtenir que des soulagemens de faible durée. Enfin le mal s'étendit entièrement à toutes les autres fonctions de la vie de relation, et la vie s'éteignit insensiblement. (*Journal général de Médecine ;* janvier, 1828.)

Fièvres intermittentes pernicieuses. — *Observations recueillies à Berlin par le docteur Neumann.* — *Obs.* I.re—Une fille, âgée de 21 ans, robuste et bien portante, fut troublée pendant son sommeil, le 9 juin 1826, par des pandiculations et un frisson le long de la colonne vertébrale; immédiatement après elle perdit connaissance, et le 10 au matin, en se réveillant, elle se vit entourée de plusieurs personnes, mais se trouva dans une impossibilité absolue de faire le moindre mouvement, de donner le moindre signe. On tenta, sans succès, de lui faire une saignée, puis on la transporta à l'hôpital de la Charité.

Arrivée là, la malade put, par de légers mouvemens de la tête et des yeux, faire comprendre qu'elle avait repris connaissance. Le pouls était grand, mou, plein et peu fréquent; la peau était moite. Après une sueur très abondante, la malade se remit tellement qu'il ne restait plus aucun symptôme d'un état maladif, à l'exception de la douleur qu'elle ressentait aux endroits sur lesquels on avait appliqué des sinapismes.

M. Neumann soupçonna alors l'existence d'une fièvre intermittente pernicieuse syncopale. En effet, le 11, à neuf heures du soir, la malade retomba dans un accès pareil au premier, mais qui ne se prolongea que jusqu'à cinq heures du matin. On prescrivit du quinquina, ce qui n'empêcha pas cependant le troisième accès de revenir le 13 à cinq heures du soir, une heure après que la malade eut pris un grain d'opium; cet accès ne dura que trois heures. On fit prendre du sulfate de quinine, à la dose de trois grains toutes les trois heures. Le 15, l'accès commença à deux heures, mais ne dura que trente minutes. Le sulfate de quinine fut continué, et un cinquième accès ne se montra pas.

Obs. II.e — Un homme, âgé de 40 ans, entra à l'hôpital de la Charité, dix jours après avoir été guéri d'une intermittente quotidienne. Sa fièvre, disait-il, était revenue, et il devait en avoir un accès à cinq heures.

A l'époque indiquée, le malade devint tout-à-coup furieux, sans frisson préalable et sans aucun changement dans les fonctions de la respiration et de la circulation; une demi-heure après, il était étendu raide comme dans l'opisthotonos, insensible, ayant les yeux fermés; le pouls était petit et lent. Deux heures après, le malade se trouvait tout-à-fait bien, et assurait avoir très-bien dormi.

On employa le sulfate de quinine comme dans le cas précédent, et le lendemain, à quatre heures après midi, on donna un grain d'opium : cependant l'accès revint avec la même force que la veille. Le docteur Neumann prescrivit alors le quinquina en substance.

Le jour d'après, l'accès recommença à onze heures du matin, et ne se manifesta que par un léger délire et des cris auxquels succéda une perte de connaissance qui ne dura que quinze minutes : mais à cinq heures du soir, il survint un nouvel accès plus long que le précédent. On reprit l'usage du sulfate de quinine, et le lendemain à cinq heures l'accès revint, mais avec moins d'intensité. Le malade en eut encore plusieurs, et enfin il en fut délivré complètement après avoir pris, la veille du dernier, une once de quinquina.

M. Neumann observe que ces fièvres intermittentes pernicieuses sont excessivement rares à Berlin. (*Hufeland's Journal*, *mars* 1827. *V. Stoeber*, D. M.)

Guérison d'une mélancolie compliquée d'aphonie, au moyen du cautère actuel. — *Observation recueillie par le docteur Rossi*, *chirurgien de l'hôpital de Rivarolo*. — Un homme de 30 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, fut affecté d'une mélancolie profonde avec aphonie complète. De nombreux moyens furent mis en usage, et tous sans amener de résultats satisfaisans. On se décida alors à tenter la cautérisation, et on appliqua sur le vertex un cautère annulaire rouge-blanc dont l'action s'étendit jusqu'aux parties osseuses.

Le lendemain, l'état du malade était légèrement amélioré; on put obtenir quelques réponses à voix basse à certaines questions qui furent adressées. A mesure que la suppuration s'établit les facultés intellectuelles devinrent plus libres; la voix seule conserva le timbre qu'elle avait présenté lors des premières réponses. Alors on recourut à l'emploi des purgatifs; la partie postérieure du cou fut recouverte d'emplâtres vésicans, tandis que la partie antérieure fut rubéfiée par des frictions avec des linimens ammoniacaux; on administra intérieurement l'infusum de fleurs d'arnica avec addition d'éther alco-

holisé et de camphre ; on fit inspirer de temps en temps la vapeur d'alcali volatil, et, au bout de deux mois environ de ce traitement, le malade recouvra la santé. (*Repertorio di medicina*, janvier 1827, pag. 6.)

Epilepsie guérie par l'usage du sulfate de cuivre ammoniacal. — Le docteur Urban, médecin à Bernstadt, regarde le sulfate de cuivre ammoniacal comme l'un des médicamens les plus efficaces et les plus certains contre l'épilepsie purement nerveuse et sans complication. Ce sel, anciennement préconisé contre cette terrible affection, lui a réussi dans cinq cas, desquels sont extraits les deux suivans.

Obs. I.re — L..... (Jeanne Dorothée), âgée de 36 ans et n'ayant jamais été malade depuis l'enfance, reçut, au mois de février 1825, la nouvelle de l'assassinat de son mari, et fut prise sur-le-champ d'un accès épileptique très-violent. Dans les premiers temps qui suivirent, les accès revinrent toutes les heures à-peu-près, mais cette fréquence diminua, et lorsque M. Urban fut appelé, il n'y en avait plus que cinq à six par jour. En outre, sentiment de plénitude et de gonflement dans l'abdomen, selles très rares, langue recouverte d'un enduit muqueux, perte de l'appétit, goût fade.

Un laxatif ayant été prescrit, plusieurs selles muqueuses furent obtenues, et les symptômes décrits disparurent, à l'exception de l'épilepsie dont les accès conservèrent la même intensité et la même fréquence. M. Urban se décida alors à administrer le sel de cuivre, et la malade ne pouvant prendre de pilules, il le donna sous la forme suivante :

Pr. Sulfate de cuivre ammoniacal. . . . . six grains;
Gom. arabique pulvérisée. . . . . } ãa deux gros.
Sucre blanc. . . . . }

Mêlez exactement et divisez en douze doses égales, dont on fera prendre deux par jour, une le soir et l'autre le matin, dans de l'eau.

La malade fut mise à l'usage d'alimens légers et faciles à digérer, et on recommanda le calme de l'ame le plus complet.

Les six premières doses de poudre occasionnèrent des nausées et des vomturitions, et les accès semblèrent même présenter plus d'intensité qu'antérieurement. On suspendit le médicament pendant vingt-quatre heures, puis on le reprit à la quantité citée plus haut. Il n'en résulta plus que des nausées très-légères, et les douze paquets étant administrés, on porta la dose du sel à huit grains, sans rien changer aux quantités des deux autres substances. Cependant l'état de la malade commença à s'améliorer ; les accès, non moins fréquens, devinrent moins forts et moins longs ; les nausées et les vomituritions ne survinrent plus que d'une manière extrêmement légère. Enfin, le sel fut porté à la dose d'un grain, deux fois par jour ; le nombre des

accès diminua peu-à-peu, et vingt-six grains de sulfate suffirent pour rendre la malade à la santé.

Obs. II.ᵉ — B..... (Charles-Geoffroy), âgé de 21 ans, d'une forte complexion, mais d'un tempérament colérique, était, depuis sa quinzième année, sujet à des accès épileptiques, très-violens parfois, qui revenaient tantôt tous les quinze jours, et tantôt toutes les quatre à cinq semaines. Les secours de l'art n'avaient point encore été réclamés pour lui, lorsqu'au mois de novembre 1823, un des accès se compliqua d'une forte hémoptysie. Ce fut alors qu'on appela le docteur Urban. Ce médecin fit ouvrir la veine et tirer un peu de sang après l'accès, et ordonna un traitement antiphlogistique pendant quelque temps. Un nouvel accès survint trois semaines après, non accompagné d'hémoptysie, il est vrai, mais plus violent que tous ceux observés jusque là. Alors le docteur Urban ne reconnaissant aucune cause matérielle à cette affection, prescrivit un régime convenable, et le sel de cuivre comme il suit :

Pr. Sulfate de cuivre ammoniacal. . . . . huit grains ;
Mie de pain blanc. . . . . } ãa vingt-quatre grains.
Sucre blanc. . . . . }

F. s. l'a. quarante-huit pilules, dont on fera prendre au malade six par jour, trois le matin et trois le soir, en augmentant la dose d'une pilule tous les deux jours.

Le premier accès ne survint qu'après cinq semaines, mais fut beaucoup plus léger que le précédent; le second, le troisième, le quatrième revinrent à des époques de plus en plus éloignées, et le cinquième enfin fut le dernier. Seize grains de sulfate de cuivre ont pu guérir une maladie aussi invétérée, et depuis deux ans le jeune homme, qui n'a pas vu reparaître ses accès, jouit d'une excellente santé. (*Hufeland's Journal*, octobre 1827.)

Hydrophobie. — *Observation recueillie par le docteur Barbantini, de Lucques.* — Un homme étant à chasser, rencontra un chien sur lequel le sien s'élança. Les deux animaux commencèrent à se battre avec fureur, et le chasseur, pour parvenir à les séparer, essaya à tirer son chien par la queue, et en reçut un léger coup de dent à la jambe; cette blessure, du reste, était si peu grave, que le troisième jour elle était tout-à-fait cicatrisée. Cependant le chien s'égara et ne revint pas à la maison. Le maître alors s'imagina qu'il était enragé, et l'idée de cette terrible maladie agit tellement sur son imagination que, le lendemain, il présenta tous les symptômes de l'hydrophobie. Quatre jours se passèrent sans qu'il pût avaler ni liquides ni solides; il avait même eu déjà quelques accès de fureur, lorsqu'enfin, le neuvième jour après l'accident, son chien reparut. Aussitôt cet animal fut mené dans la chambre de son maître qu'il flatta comme il avait

coutume de le faire, et dès ce moment les signes de l'hydrophobie disparurent pour ne plus revenir. (*Giornale di Fisica, Chimia, etc.*, Tom. X.)

MALADIES DU COEUR PRODUITES PAR L'ONANISME. — Suivant le docteur Krimer, de Aach, les maladies du cœur, devenues si fréquentes depuis une vingtaine d'années, ne tiennent pas toutes à un vice organique de cet organe, et celles qui sont dans ce cas sont fort souvent causées par l'onanisme. La céphalée, les anxiétés, les palpitations, les lipothymies, une sensibilité particulière de l'épigastre, symptômes qui caractérisent cette espèce d'affection, augmentent d'autant plus que le sujet se livre davantage à son funeste penchant, et, au contraire, diminuent ou disparaissent même complètement, s'il change de conduite.

M. Krimer, après avoir cité des observations à l'appui de son opinion, donne les signes suivans comme pathognomoniques de ces sortes de maladies du cœur, et comme devant servir à les distinguer sûrement de toutes les autres affections de ce même organe ou de quelque autre organe que ce soit :

1.° Les cheveux sont sans éclat, secs, fendus à leur extrémité, et tombant facilement, particulièrement à la partie antérieure de la tête (au contraire, chez les personnes affectées de phthisie ou d'une maladie organique du cœur, les cheveux sont gras et ne tombent pas);

2.° Les yeux sont ternes, abattus, larmoyans, sans aucune expression, rougissant facilement, enfoncés profondément dans les orbites, et les bords des paupières sont rougeâtres et cernés de bleu (tandis que, chez les phthisiques et ceux qui ont le cœur malade, les yeux sont clairs et conservent toujours leur expression et leur vivacité. Chez les jeunes filles, on trouve quelquefois, aux approches de la menstruation, un cercle bleuâtre à l'entour des yeux; mais, dans ce cas, le regard reste net);

3.° Les yeux sont baissés; le regard est inquiet et timide; il y a impossibilité de soutenir celui d'une autre personne;

4.° Il survient une céphalée particulière et périodique, se portant de l'occiput vers le front;

5.° La vue se trouble ou est diminuée; l'appétit se perd; la langue se recouvre d'un enduit mince; toux légère, respiration courte et fréquente, quoiqu'il soit possible cependant de respirer profondément;

6.° Gastralgie presque continuelle, et sensibilité excessive de la région épigastrique avec sentiment de pesanteur et de pression, mais sans aucune apparence des autres troubles propres aux affections de cette région (chez les sujets qui sont atteints de lésions organiques du cœur, ces douleurs d'estomac peuvent bien se rencontrer quel-

quefois ; mais alors elles ne se trouvent point accompagnées des symptômes ci-dessus indiqués) ;

7.° Les malades se plaignent de lassitudes et de brisement des membres, surtout dans les articulations de ces derniers et du sacrum ;

8.° La sueur a une odeur fade, douceâtre, analogue à celle des enfans à la mamelle ;

9.° On rencontre tous les signes connus de l'onanisme que l'on peut remarquer aux parties génitales externes et sur les linges ;

10.° Les malades ont une contenance timide, retenue et embarrassée, lorsqu'on parle devant eux de l'onanisme ;

11.° Enfin, ils tombent dans un état de somnolence, de paresse et de pesanteur d'esprit.

M. Krimer, en faisant observer que l'existence de douleurs rhumatismales se transportant facilement d'une partie à une autre est un phénomène que présentent constamment les individus adonnés à l'onanisme, se demande si la maladie du cœur dont ces derniers sont affectés n'est pas toujours rhumatismale? (*Hufeland's Journal*, février 1827.)

Plique polonaise critique. — Une femme était depuis deux mois et demi tourmentée par une céphalée violente; la tête fournissait une abondante transpiration et était couverte de poux, quoique la malade fût d'ailleurs d'une très-grande propreté. Enfin, il se forma une plique polonaise, et la céphalalgie disparut.

Il lui arriva un soir, en sortant de son lit, de poser à terre ses pieds nus ; un prompt refroidissement eut lieu, et il en résulta une manie furieuse ; dès-lors, désordre de l'intellect, forces musculaires considérablement augmentées, yeux étincelans, conjonctive injectée, pouls dur, fréquent et plein, etc.

Ces accidens furent combattus par des émissions sanguines abondantes, des embrocations savoneuses et aromatiques sur la tête, des vésicatoires à la nuque, des sinapismes aux extrémités inférieures, et du calomel à l'intérieur, à la dose de deux grains toutes les deux heures.

Les deux premiers jours, ces moyens procurèrent quelque amélioration ; le troisième, il y eut une garde-robe, et, quarante-huit heures après, il survint de la diarrhée.

Quatre-vingt-cinq grains de calomel furent donnés comme il a été dit; puis on fit prendre deux gros d'ammoniaque liquide succiné, à la dose de seize gouttes de deux en deux heures ; enfin, les sueurs de la tête et les poux reparurent, et le délire cessa aussitôt.

Cette femme n'a pas senti de douleurs depuis cette époque, mais une plique s'est de nouveau déclarée chez elle. (*Hufeland's Journal*, octobre, 1827.)

Polysarcie. — *Observation recueillie par M. le professeur Graefe.*

— Le 17 octobre 1825, le docteur Graefe fut appelé chez le nommé Kroeker, boucher, âgé de trente-sept ans, qui, par suite d'un développement excessif de graisse dans toutes les parties de son corps, était atteint de dyspnée et d'accès de suffocation.

Ces accidens furent combattus par des saignées répétées deux et même trois fois le jour, et par des purgatifs donnés à doses assez fortes pour provoquer de seize à trente selles dans les vingt-quatre heures; la secrétion de l'urine fut activée par de petites prises de digitale pourprée; et le malade, qui depuis long-temps se nourrissait exclusivement de viande, fut mis à une diète purement végétale, et eut de l'eau ou de la limonade pour boisson.

Les évacuations alvines ressemblaient à de l'eau tenant du savon en dissolution, et répandaient, ainsi que tout le corps du malade, une odeur graisseuse et nauséabonde.

Une quinzaine environ avant de tomber malade, Kroecher s'était fait peser, et son poids avait été trouvé de 363 livres. Après quinze jours de traitement, ce poids se trouva réduit de 50 livres. Le corps présentait alors les dimensions suivantes : hauteur, 5 pieds 4 pouces; circonférence du bas-ventre, 5 pieds 5 pouces; circonférence des cuisses, 2 pieds 4 pouces; circonférence des mollets, 1 pied 7 pouces; longueur des mamelles, 8 pouces; circonférence de ces derniers organes, 1 pied 8 pouces.

Le malade ne supportant plus les laxatifs, à cause des nausées et des coliques qu'ils déterminaient, M. Graefe eut recours à la teinture d'iode, donnée à la dose de vingt gouttes, quatre fois par jour, et ce remède fut continué pendant quelques mois avec le plus grand succès. La dyspnée était déjà beaucoup diminuée quand on commença l'usage de l'iode, et elle disparut complètement sous l'influence de ce médicament. Le poids du corps éprouva aussi une réduction considérable; ainsi, le 14 novembre, il n'était plus que de 316 livres; le 14 décembre, de 293; le 20 janvier 1826, de 284; le 16 février, de 267; enfin, au mois de juin, il ne s'élevait plus qu'à 209; par conséquent, il avait diminué de 150 livres dans l'espace de neuf mois.

Kroeker n'avait commencé à engraisser que quatre ou cinq ans avant cette maladie. Cette sécrétion extraordinaire de graisse paraît avoir eu pour cause une activité morbide de l'estomac; en effet, cet homme était tourmenté d'une faim continuelle, qu'il tâchait de satisfaire en dévorant des quantités énormes de viande. Pendant long-temps, il lui fallait 16 livres de bœuf pour le rassasier; plusieurs fois il avait gagé qu'il mangerait dans un jour un veau entier, bouilli dans l'eau et assaisonné de sel, et chaque fois qu'il avait fait de semblables paris, il les avait gagnés. Il ne buvait que trois bouteilles, au

plus, de bière par jour, quantité extrêmement faible, si on la compare à celle des alimens. (*Graefe und Walther's Journal der Chirurgie;* Tom. IX, 3.e cahier. Ext. par *V. Stoeber*, D. M.)

EMPOISONNEMENT PAR L'HYDRIODATE DE POTASSE IODURÉ. — *Observation recueillie par le docteur O. Dessaignes.* — Une jeune personne prit, dans l'intention de s'empoisonner, un gros et demi à-peu-près d'une solution d'hydriodate de potasse iodurée. Aussitôt l'ingestion de ce poison, les accidens suivans commencèrent à se manifester : malaise général, nausées, sentiment d'ustion et douleur très-aiguë à l'épigastre. Une heure après, vomissement spontané d'un liquide jaunâtre qui, suivant la malade, avait le goût de l'iode d'une manière très-marquée; agitation extrême, plaintes continuelles, pâleur de la face, céphalalgie, violens vertiges. Ces symptômes disparurent peu-à-peu, à l'exception des deux derniers, qui persistèrent après la cessation des autres; et, le cinquième jour, le rétablissement fut complet. Le pouls ne devint point fébrile, et on ne put reconnaitre les signes d'une phlogose gastrique ou intestinale.

Ces accidens ont été combattus par des moyens excessivement simples : de l'eau chaude pour déterminer le vomissement, des lavemens, une solution concentrée de gomme pour boisson et quelques cuillerées d'une potion antispasmodique, composèrent tout le traitement qui fut mis en usage. (*Journal de Chimie médicale*, etc.; fév. 1828.)

Chirurgie.

TÉTANOS TRAUMATIQUE. — M. le docteur Lepelletier, chirurgien en chef de l'hôpital du Mans, après avoir successivement passé en revue dans un mémoire fort long et d'un style très emphatique, la nature du tétanos traumatique, le mode de propagation des causes qui le produisent, le mode d'action de cette maladie dans l'extinction des phénomènes vitaux, et enfin les diverses indications naturelles qu'elle présente, conclut de toutes les considérations auxquelles il s'est livré à ce sujet et de quatre observations qu'il rapporte à l'appui :

1.° Que le tétanos traumatique, bien distingué des affections nerveuses ou musculaires qui peuvent avoir quelque analogie avec lui, est évidemment une inflammation du névrilème, de la pie-mère surtout;

2.° Que toujours les crises tétaniques sont le résultat des contractions soutenues que présentent les muscles volontaires sous l'influence de cette phlegmasie;

3.° Que ces crises paraissent directement produites par l'irritation qui ramène, à des intervalles plus ou moins rapprochés, sur la pulpe

nerveuse, le sang que l'inflammation fait affluer dans les vaisseaux capillaires des membranes lésées ;

4.° Qu'en dernière analyse, les causes du tétanos traumatique consistent toujours dans une irritation physique ou chimique portée sur une ou plusieurs divisions du système nerveux ;

5.° Que la propagation de cette maladie est constamment relative à celle de la phlegmasie névrilématique ;

6.° Que dès le moment où la phlegmasie névrilématique affecte la moelle rachidienne dans toute son étendue, l'irritation se propage à tous les nerfs qui en partent, et le tétanos devient général ;

7.° Que le trismus n'est pas toujours le précurseur du tétanos général, et qu'il ne se manifeste ainsi que dans le cas où l'irritation s'est étendue, soit directement, soit sympathiquement, aux enveloppes des nerfs temporaux et massétérins ;

8.° Que le tétanos, s'il cède aux médications employées, disparaît d'une manière lente et graduée en suivant une marche inverse à celle de son développement, c'est-à-dire, en manifestant ses derniers symptômes dans les nerfs et les muscles qui en ont été les premiers affectés ;

9.° Que le traitement doit être dirigé contre l'inflammation névrilématique, et doit être employé avec toute l'énergie dont l'art est susceptible ;

10.° Que les saignées, très-copieuses et réitérées jusqu'à la cessation des accès, doivent être mises au premier rang des moyens curatifs ;

11.° Que les bains tièdes prolongés, l'extrait gommeux d'opium, la diète absolue et les boissons tempérantes, viennent se placer en seconde ligne ;

12.° Que toujours on doit redouter l'emploi des dérivatifs au début de la maladie, et peu compter sur leurs effets vers sa terminaison ;

13.° Que tous les excitans, quelle que soit leur nature, mais surtout les prétendus antispasmodiques, les diaphorétiques, les spiritueux et tous les stimulans diffusibles, sont presque toujours funestes et constamment dangereux ;

14.° Enfin, que la convalescence du tétanos traumatique exige les plus grandes précautions, et spécialement l'éloignement de toutes les causes physiques ou morales qui peuvent réveiller l'exaltation du système nerveux ou du système musculaire. (*Revue médicale*, décembre 1827.)

Tétanos traumatique guéri par la méthode de Stutz. — Une jeune fille, âgée de 19 ans, d'une forte complexion et bien réglée, reçut à la face dorsale du pied un coup d'où suivit une plaie contuse, pour laquelle elle ne crut pas devoir consulter un médecin. Au bout d'un mois, elle fut prise subitement de trismus et d'opisthotonos.

Quelques jours seulement après l'apparition des premiers symptômes, un médecin fut appelé et prescrivit une saignée de deux livres, des rafraîchissans et des laxatifs à l'intérieur, et des cataplasmes chauds sur la plaie qui était encore ouverte, et qui présentait une très-grande quantité de bourgeons charnus. Peu de jours s'étaient écoulés depuis le commencement de ce traitement, et déjà l'exaltation de l'activité vasculaire était abattue ; le ventre étant libre également, on songea alors à diminuer l'excès d'oxygène accumulé dans les muscles, qui, suivant Stütz, est la cause immédiate du tétanos, et pour cela on administra, dans l'espace de douze jours, deux cent vingt-quatre grains d'opium pur, alternativement avec du carbonate de potasse. La malade n'ayant pas le moyen de prendre des bains, on ne put y avoir recours.

Sous l'influence de cette médication, les spasmes devinrent plus rares ; mais il survint une leucophlegmatie générale qui força de l'interrompre. On passa à l'usage de l'infusion de baies de genièvre pour boisson, en même temps qu'on entretint la liberté du ventre et qu'on stimula la sécrétion de l'urine. La leucophlegmatie céda à son tour, et fut remplacée par un exanthême assez semblable à la scarlatine, que l'on jugea être critique ; et, dans cette opinion, afin de ne pas l'attirer sur un organe intérieur, on suspendit l'usage des laxatifs et des diurétiques : on se borna à donner quelques diaphorétiques, et, en peu de jours, la malade se trouva parfaitement rétablie. (*Hufeland's Journal*, octobre 1827.)

Traitement de la syphilis sans mercure, *par le docteur Fricke.* — Le traitement que M. Fricke met en usage chez le grand nombre de vénériens qui remplissent l'hôpital de Hambourg, diffère peu de celui recommandé par Thompson, comme on peut en juger par le détail qui suit ;

1.° On fait à tous les malades une saignée de six à douze onces, qu'on répète si le cas l'exige. On leur prescrit ensuite la potion suivante :

Pr. Sulfate de magnésie. . . . . une once quatre gros;
Eau de fenouil. . . . . six onces.

La dose est d'une cuillerée à bouche toutes les trois heures, et lorsque les malades ont pris deux ou trois de ces potions, ou qu'elles excitent des évacuations trop abondantes, on en suspend l'usage, pour le recommencer seulement lorsque la constipation ou la cicatrisation trop lente des ulcères en indiquent la nécessité.

2.° A l'extérieur, on applique sur les chancres, d'abord de l'eau de saturne, puis une solution de sulfate de zinc deux grains dans eau distillée six onces, et enfin, quand ces ulcères sont devenus petits et non douloureux, on se sert d'eau de chaux ; de cette manière, on

passe par degrés d'un liquide moins irritant à un autre qui l'est plus, et on doit même étendre ces lotions d'eau distillée si elles causent des douleurs ou augmentent l'inflammation. M. Fricke traite les bubons par la compression; quand il n'en obtient pas la résolution, il les ouvre avec le bistouri, les panse d'abord avec de la charpie sèche, et deux jours après avec de la charpie imbibée de l'un des liquides cités plus haut. Il coupe les condylômes ou les cautérise, et leur applique ensuite le même traitement qu'aux chancres.

3.° Les malades sont soumis à une diète assez sévère : le matin, ils ont la soupe à l'eau; à midi, quelques cuillerées de légumes et deux onces de pain blanc; le soir, la soupe à l'eau.

4.° Si, au bout de quelques jours, les symptômes offrent plus de gravité, on administre quelques petites doses de mercure, qui suffisent alors pour opérer la guérison.

Les résultats obtenus par cette méthode sont des plus satisfaisans. Les chancres et les bubons guérissent très-promptement, et les cicatrices qu'ils laissent après eux ne sont pas aussi difformes que lorsqu'on a fait usage du mercure. Les chancres de trois à quatre lignes de diamètre guérissent généralement, chez les femmes, dans l'espace d'une à trois semaines; il leur en faut trois à cinq chez les hommes.

M. le docteur Fricke, qui a l'avantage de garder sous ses yeux les individus guéris, n'a pas encore observé de symptômes consécutifs chez ceux qui ont été soumis à ce traitement; il se propose de donner suite à ses expériences, et de les communiquer au public médical. (*Graefe und Walther's Journal der Chirurgie;* Tom. IX, 1.er cah. Ext. par *V. Stoeber*, D. M.)

Nouvelle méthode de guérir les maladies syphilitiques. — On doit à M. le docteur Dzondi, professeur à Halle, cette méthode, qui consiste principalement dans l'administration du sublimé corrosif d'après la formule et de la manière suivantes :

Pr. Deuto-chlorure de mercure............ douze grains.

Dissolvez dans

Eau distillée......................... q. s.

Ajoutez

Mie de pain blanc,

Sucre blanc, ...ãa....... q. s.

pour faire deux cent quarante pilules d'un grain chacune, qui seront roulées dans la poudre de canelle.

Le premier jour, le malade prend quatre pilules (1/5 de grain); le second jour, il ne prend rien; le troisième, six pilules; le quatrième, rien; le cinquième, huit pilules, et ainsi de suite; le vingt-septième jour, il prend trente pilules (un grain et demi). Le traitement est alors achevé dans le plus grand nombre des cas.

Pendant le traitement, le malade boit un décoctum de salsepareille, et ne mange que la moitié de la quantité d'alimens qu'il prenait avant ce temps; la viande de porc, le gibier, le fromage, le lait, les mets acides, les boissons spiritueuses lui sont défendus; il ne doit sortir que par le beau temps, et jamais le matin ni le soir.

On doit soigneusement éviter de faire aucune application sur les éruptions ou les chancres qui peuvent exister, parce qu'ils doivent indiquer par leurs changemens le degré d'action du mercure sur l'économie. La dose de celui-ci doit être augmentée jusqu'à ce qu'on remarque une amélioration notable, et quelquefois on est obligé de la porter jusqu'à trois grains par jour : ces doses doivent toujours être prises en une seule fois, immédiatement après le dîner.

Quand le sublimé occasionne des coliques et de la diarrhée, on remédie à ces accidens en administrant quelques gouttes de teinture d'opium.

Cette méthode doit avoir, outre l'avantage de guérir radicalement, celui de ne pas produire la salivation et d'être peu coûteuse et peu longue, le traitement ne devant que bien rarement durer plus de quatre semaines.

M. Dzondi prétend avoir guéri de cette manière toutes les maladies syphilitiques qu'il a traitées depuis dix ans. Mais d'autres médecins allemands n'ont pas obtenu par sa méthode des résultats aussi satisfaisans ; ils conviennent cependant qu'elle mérite l'attention des hommes de l'art. Ils sont encore moins d'accord avec M. Dzondi sur quelques opinions émises par lui dans l'ouvrage qu'il a publié à ce sujet, et dont nous nous bornerons à citer les suivantes :

« Les bubons et les condylômes ne sont jamais des symptômes primitifs de la syphilis. »

« Le virus qui produit le chancre et celui qui produit la blénorrhagie sont identiques. »

« L'infection syphilitique est générale quand il existe des chancres ou des éruptions à la peau. »

« Une syphilis invétérée n'exige pas pour son traitement une plus grande quantité de mercure qu'une syphilis récente. »

« Les ulcères qui persistent après le traitement mercuriel doivent être traités par la potasse caustique. »

Il y aurait bien des objections à faire à ces opinions du professeur Dzondi, ainsi qu'à plusieurs autres qu'il émet en parlant de la blénorrhagie et des rétrécissemens du canal de l'urètre. (*Neue Zuverlaessige Heilart der Lustsenche in allen ihren Formen, von Dzondi.* Halle, 1826, in-8.° Ext. par *V. Stoeber*, D. M.)

Mode de traitement des squirrhes du sein et des testicules. — Le docteur Gouvert regarde les saignées locales comme un des meil-

leurs moyens à employer contre les engorgemens squirrheux de ces parties; mais il prise beaucoup et conseille fortement les pilules suivantes, dont la formule est due au docteur Lowassy, de Peterwaradin :

Pr. Savon médicinal................ quatre gros ;
Gomme ammoniaque............ deux gros ;
Extrait de ciguë............ } ãa un gros et demi ;
— d'aconit napel............ }
Masse des pilules de Rufus....... un gros.

Mêlez exactement et divisez en pilules de cinq grains. Ces pilules se prennent en commençant au nombre de quatre, deux le matin et deux le soir; mais chaque jour on augmente la dose d'une pilule, de manière à en porter le nombre jusqu'à douze, quinze et même vingt matin et soir.

Le reste du traitement se compose d'applications de sangsues tous les quinze jours, de cataplasmes de ciguë fraîche pour recouvrir le sein ou le testicule engorgé, de boissons délayantes, de l'ouverture d'un fonticule au bras ou à la cuisse, selon la partie affectée, de bains souvent répétés, et enfin d'un régime doux. (*Mém. de la Soc. académ. de Savoie ;* Tom. II, pag. 285.)

RUPTURE DE L'AORTE SANS ANÉVRISME. — *Observation I.re, recueillie par le docteur Thomas Rose.* — Un homme, âgé de cinquante-deux ans environ, d'une haute stature et d'une forte constitution, après avoir été tourmenté à diverses époques par des inquiétudes très-vives, éprouva dans les lombes des douleurs rhumatismales assez légères, pour lesquelles on lui appliqua quelques ventouses; d'autres douleurs se firent sentir en même temps dans les épaules et dans le pli des bras, et en général, sa santé parut moins parfaite qu'avant ce moment. Quinze jours après, le 16 février, étant engagé dans une violente discussion, il ressentit tout-à-coup une douleur violente qui, commençant au menton et se portant vers le col en suivant le trajet des gros vaisseaux qui s'y rencontrent, s'étendit jusqu'à la poitrine et au dos, et fut dès le principe tellement intense qu'il se trouva obligé de se coucher sur-le-champ. La douleur n'en persista pas moins; la nuit fut pénible, et le lendemain, 17, l'état du malade était le même. M. Rose, appelé alors près de lui, le trouva couché en supination, les bras étendus sur les côtés, et craignant le moindre mouvement; quatre vingt-seize à cent pulsations par minutes; langue humide et offrant à sa partie centrale une teinte brune; figure exprimant la souffrance; respiration assez facile, mais augmentant les douleurs qui occupaient surtout le dos, et de temps en temps semblaient traverser la poitrine; constipation. (Infusion de rhubarbe et de séné, à prendre dans le courant de la matinée).

Le malade vomit ce laxatif, et cependant éprouve un peu de soulagement. On prescrit une potion calmante pour la nuit qui se passe très bien, et sans qu'il soit besoin d'administrer cette potion.

Le 18, le malade se trouve mieux et dit n'éprouver qu'une faible douleur; dans la journée, il prend avec beaucoup de plaisir un léger bouillon. Sur les huit heures du soir, agitation très-grande; ténesme opiniâtre, qui ne cède pas à l'emploi des lavemens. A neuf heures, douleurs plus vives; changemens fréquens de position; pouls faible et irrégulier; sueur froide sur toute la surface du corps; extrémités également froides; enfin tous les signes précurseurs d'une fin prochaine. Cependant, à l'aide d'une position convenable et de quelques cuillerées d'une potion tonique, la circulation se rétablit, le pouls acquiert une nouvelle force, et le malade peut rendre compte de ce qu'il vient d'éprouver et de ce qu'il éprouve actuellement (Calomel, ipécacuanha et extrait d'opium, à prendre de suite et pendant la nuit; huile de ricin pour le matin.)

La nuit est paisible jusqu'à quatre heures, où le malade, pressé par le besoin d'aller à la garde-robe, se lève deux ou trois fois et expire aussitôt après.

L'ouverture du corps fut faite le 21. Le péricarde contenait trois onces environ de sérosité et de sang; la base du cœur et le commencement des gros vaisseaux présentaient une ecchymose produite par une certaine quantité de sang qui avait pénétré, entr'eux et la portion du péricarde dont ils sont revêtus, dans le tissu cellulaire qui avait livré passage à la matière de l'épanchement.

Les valvules de l'aorte étaient ossifiées presqu'en totalité, et, au-delà, la tunique interne de cette artère offrait, jusqu'à sa bifurcation, une épaisseur irrégulière qui reconnaissait pour cause l'existence de nombreux tubercules blancs, aplatis et d'un tissu qui se laissait facilement déchirer.

A la crosse de l'aorte se trouvait, du côté concave, une déchirure de deux pouces de long environ, sur les bords de laquelle ne se voyaient aucunes traces d'ulcération. Le pourtour de l'artère était occupé par un énorme caillot peu consistant et de la grosseur du poing, résultat de l'épanchement de sang qu'avait amené cette déchirure.

Le sang avait pénétré dans le médiastin postérieur qu'il remplissait, et delà s'était étendu, de chaque côté, entre les poumons et la plèvre, mais particulièrement à gauche, et il en était résulté l'infiltration du tissu cellulaire du thorax. Ce liquide, par sa pression sur les plèvres, avait déterminé la rupture de ces membranes et donné naissance à un épanchement assez considérable de sérosité et de sang.

Obs. II.e, recueillie par M. Arnolt. — Un ouvrier maçon, de moyen âge et fortement constitué, tomba d'un échafaudage élevé d'environ quarante pieds ; une heure après il expira dans un état d'insensibilité complète, la peau très-froide, et les pulsations artérielles à peine perceptibles.

A l'ouverture du corps, on reconnut les désordres suivans : fracture très-étendue du crâne et de l'os maxillaire inférieur ; fracture de quatre côtes sternales à droite et de trois à gauche, mais sans aucun déplacement ; légèr épanchement de sang dans la partie supérieure du tissu cellulaire du médiastin antérieur ; déchirure complète de toutes les tuniques de l'aorte, existant à la partie concave de la courbure de cette artère et vis-à-vis l'origine de la sous-clavière gauche, longue de trois-quarts de pouce environ et large d'un huitième, indépendante de la fracture des côtes, et n'étant point le résultat d'une lésion morbide des parois du vaisseau. (*The London medical and surgical Journal*, july 1827.)

Soins a prendre pour l'opération césarienne. — M. le professeur Graefe pratiqua cette opération en 1825 avec un égal succès pour la mère et l'enfant ; la femme qu'il opéra, Caroline Béchang, était âgée de 30 ans, rachitique, très-déformée, et offrait seulement deux pouces trois lignes d'étendue au diamètre sacro-pubien du détroit supérieur du bassin. L'opération, commencée seulement après cinquante heures de contractions utérines, ne dura que trois minutes et demie ; le placenta fut incisé dans la partie supérieure de la plaie utérine, mais sans qu'il en résultât d'accidens, et la mère fut guérie complètement au bout de deux mois. M. Graefe accompagne cette observation de considérations très-étendues et déduites de sa propre expérience. Nous rapporterons succinctement quelques-unes des règles générales qu'il donne, et à l'observation desquelles il attribue le succès de cette opération.

L'époque la plus favorable pour la pratiquer est, suivant lui, le moment où, après la rupture de la poche des eaux, les douleurs commencent à devenir fortement expulsives. Quant au lieu d'élection pour l'incision, il prescrit de choisir l'endroit où l'on sent le mieux les mouvemens du fœtus, et où l'utérus se trouve immédiatement appliqué contre les parois du bas ventre. Un des accidens les plus fâcheux qui puissent compliquer l'opération et en entraver la marche, c'est le prolapsus d'une portion de l'intestin par l'ouverture de la plaie ; pour le prévenir, M. Graefe emploie le moyen suivant : il prend trois grandes pièces d'éponges, ayant chacune un pied de longueur sur six pouces de largeur et environ trois pouces d'épaisseur ; il les plonge dans l'eau chaude, les exprime fortement, et les applique ensuite sur l'abdomen de la femme, l'une vers le fond de

l'utérus, et les deux autres obliquement à droite et à gauche, de manière à circonscrire exactement un espace long de huit pouces et large de trois ou quatre. Deux ou trois aides maintiennent ces éponges en position, et y exercent avec la main une pression modérée et graduelle qui refoule les intestins et les éloigne du point où l'incision doit être faite. Alors on incise les parois abdominales dans une étendue de cinq pouces, et l'utérus dans une étendue de quatre pouces six lignes. Cette ouverture se dilate peu-à-peu, et, à mesure que le fœtus sort les aides augmentent la pression, qu'ils continuent jusqu'après l'application des ligatures pour contenir sûrement les intestins. Immédiatement après l'extraction du fœtus, le placenta doit être retiré. Si l'utérus ne se contracte pas suffisamment, on applique une main sur la surface externe de cet organe et on le pousse vers le bassin, tandis qu'avec quelques doigts de l'autre main on fait de légères frictions à l'intérieur de la cavité. Lorsque la matrice est revenue sur elle-même, on nettoie la plaie et on applique les sutures, qui consistent en des rubans de fil très-doux et larges d'une ligne et demie; ces sutures se pratiquent avec des aiguilles plates et à deux tranchans. Pour faciliter l'écoulement des humeurs sécrétées, on ne serre que médiocrement la ligature inférieure, et l'on introduit dans la partie la plus déclive de la plaie une bandelette de linge qu'on recouvre d'un plumasseau fixé par des bandelettes agglutinatives; enfin, pour mieux assurer le contact des bords de l'incision, M. Graefe applique encore quatre ou cinq autres bandelettes agglutinatives, larges chacune de dix-huit lignes, et assez longues pour faire une fois et demie le tour du corps; il les pose de haut en bas et de derrière en devant, de manière que leurs extrémités se croisent sur la plaie; puis il recouvre le tout d'une ceinture de toile.

La plaie doit être examinée tous les jours, et les ligatures serrées ou relâchées selon qu'il en est besoin. Lorsque les lèvres de cette incision ont contracté des adhérences entre elles dans leur plus grande étendue, on commence par défaire le nœud d'une bandelette qu'on ne retire que le lendemain; on agit de même pour la seconde et ainsi de suite. Il est rare que la cicatrisation ne se fasse pas par première intention. Les bords de la plaie sécrètent ordinairement, quelques jours après l'opération, une sérosité qui corrode la peau environnante; dans ce cas, M. Graefe emploie avec avantage, d'abord l'eau de Goulard, puis l'eau de chaux qu'il mêle parfois avec une égale quantité de décoction de quinquina.

Les accidens généraux qui surviennent après l'opération sont rarement inflammatoires, ils dépendent le plus souvent d'un éréthisme du système nerveux ganglionnaire. S'ils sont la suite de ce dernier état, ils doivent être combattus par des calmans, comme l'eau dis-

tillée de laurier-cerise, l'extrait de jusquiame, l'infusum de belladone, qu'on administre sous forme de lavemens; l'opium, avec les éthers, donné à doses petites et fréquemment répétées, peut encore être employé avec avantage. Si, au contraire, il y a disposition à l'inflammation, on doit recourir aux émissions sanguines; mais les sels neutres et le proto-chlorure de mercure sont contre-indiqués. (*Journal für Chirurg. und Augenheilkunde*; tom. IX, 1.er cahier, 1826. Ext. par *V. Stoeber*, D. M.)

Excroissance cornée sur la nuque. — Une femme, âgée de 60 ans, avait, sur la peau qui recouvre l'apophyse épineuse de la seconde vertèbre du cou, une excroissance dont le développement remontait à dix années en delà. Cette excroissance, qui dans le principe avait une apparence verruqueuse, augmenta progressivement de volume sans faire éprouver de douleur, et finit par prendre une consistance analogue à celle de la corne. Dans le dessein de s'opposer à son accroissement, cette femme la coupait de temps à autre, mais depuis peu elle l'avait laissée se développer, et c'est alors que, pour en être délivrée, elle s'adressa au docteur Palmer qui en fit l'ablation en l'attaquant par la base. Cette singulière production ne se reproduisit plus. Longue de neuf pouces, et large de deux pouces six lignes, elle a la forme et la structure d'une corne de bélier : elle provenait de l'épiderme, et quelques petits vaisseaux lui étaient fournis par la peau. On la conserve dans Panton-square. (*The medico-chirurgical Review, etc.*, octobre 1827.)

Lésion remarquable du rectum. — *Observation recueillie par le docteur Dieffenbach.* — Une malade eut la partie postérieure du rectum perforée par la canule d'une seringue à lavemens, et le liquide contenu dans l'instrument fut poussé dans la cavité du bassin au lieu d'être porté dans celle du gros intestin. Cet accident donna lieu immédiatement à des douleurs très-violentes et à des symptômes très-graves. Néanmoins, sous l'influence d'injections tièdes, l'état de la malade ne tarda pas à s'améliorer. Une portion du rectum fut frappée de gangrène, et le 6.e jour depuis la perforation elle fut expulsée par l'anus : alors, en portant l'indicateur dans l'intestin, on distingua une large ouverture à sa face postérieure. Les matières fécales, auxquelles cette solution de continuité offrait un passage, s'introduisirent entre le rectum et le sacrum, et il fallut en débarrasser cette cavité en y injectant une grande quantité de liquides émolliens. Le docteur Graefe, qui avait été consulté, ordonna une nourriture végétale, des pilules composées de galbanum et de myrrhe, des injections préparées avec la térébenthine de Venise, le jaune d'œuf et l'eau distillée de camomille, et enfin l'introduction dans le rectum d'une anse d'intestin d'un animal qui, liée d'abord à l'une de ses extrémités,

était ensuite remplie d'eau, puis liée par l'autre bout. Le poids du liquide contenu dans la portion d'intestin gênant la malade, on le remplaça bientôt par l'air qui, plus léger, n'en fut pas moins propre à maintenir la paroi du rectum exactement appliquée contre le sacrum. A l'aide de ces moyens, continués pendant deux mois environ, une adhérence ne tarda pas à s'établir, l'ouverture accidentelle s'oblitéra peu-à-peu, et la guérison fut obtenue sans que le diamètre du rectum présentât le moindre rétrécissement. (*Journ. für Chirurg. und. Augenheilkunde*; tom. IX, pag. 142. Ext. par *V. Stoeber*, D. M.)

Fracture du fémur chez un foetus et dans l'utérus. — *Observation recueillie par le docteur Schubert.* Une femme enceinte entendit, dans un mouvement de l'enfant, un bruit semblable à celui produit par la rupture d'un bâton, et depuis lors elle ressentit dans le ventre des douleurs pareilles à celles que pourrait occasionner la piqûre d'un instrument aigu. Six semaines après, elle accoucha prématurément de deux jumeaux mâles, l'un desquels portait une fracture du fémur gauche. L'os fracturé avait traversé les chairs; il faisait une sortie de plus d'un pouce et était carié.

Cette observation offre un haut intérêt pour la partie de la médecine légale qui a trait aux blessures des nouveaux-nés. Le docteur Oswald regarde cet accident comme ne pouvant arriver que dans les cas de grossesse double. (*Zeitsch. für staatsarz von henke 7.e erg. heft.*, pag. 311.)

Thérapeutique.

Fumigations de datura stramonium. — M. Meyer a employé avec beaucoup de succès ces fumigations dans l'asthme qui dépend d'une irritabilité nerveuse, d'un état spasmodique des voies aériennes, ou d'un boursoufflement de leur membrane muqueuse. On doit se servir de *stramoine* (pomme épineuse) en remplissant de cette plante une pipe en terre cuite, et la fumant en guise de tabac. Ceux qui ont contracté dès long-temps l'habitude de fumer peuvent commencer par deux pipes dans la journée, ceux qui sont dans le cas contraire et les femmes doivent se borner à trois demi-pipes dans le même laps de temps. Du reste, le malade doit suspendre la fumigation aussitôt qu'il éprouve du malaise et des vertiges. Au bout de quelques jours on augmente la dose, et une quinzaine suffit, le plus souvent, pour procurer, sinon une guérison bien complète, du moins un soulagement très-marqué.

Le mot de *pipe* n'exprimant aucune mesure de capacité précise, puisque l'on trouve de ces instrumens d'une infinité de modèles et de grandeurs, M. Meyer nous semble avoir omis un point essentiel, l'indication exacte des doses de stramoine par lesquelles on doit com

menter. (*Hufeland's journal*, avril 1827. Ext. par V. Stoeber, D. M.)

EMPLOI DE L'ASSA-FOETIDA DANS LA COQUELUCHE. — M. Kopp, qui recommande ce médicament dans la coqueluche, dit en avoir obtenu des résultats fort avantageux. Les enfans n'ont pas en général pour cette substance autant de dégoût qu'on le croit ordinairement; ils s'y habituent facilement, et il y en a qui la prennent avec plaisir, surtout sous la forme suivante :

Pr. Assa-fœtida...................... un gros ;
Mucilage de gomme arabique..... } ãa une once.
Sirop de guimauve.............. }
F. s. l'a. une mixture.

On en donne une cuillerée à café, de deux en deux heures, aux enfans de trois à quatre ans. Il faut en continuer l'usage pendant plusieurs semaines.

L'assa-fœtida modère la toux et guérit la coqueluche sans qu'on ait à craindre les accidens que déterminent trop souvent l'administration des narcotiques, et en particulier de la belladone.

M. Kopp n'a pas autant à se louer de l'acide prussique qui ne fait que calmer la toux sans la guérir complètement. (*Hufeland's Journal*, avril 1827. Extr. par V. Stoeber, D. M.)

EMPLOI DU NITRATE DE SOUDE DANS LA DYSENTERIE. — Dans une épidémie de dysenterie, M. le docteur Meyer fit usage de ce sel avec un grand succès. Sa manière de l'administrer était la suivante :

Pr. Nitrate de soude............ quatre gros à une once;
Eau commune.............. huit onces;
Gomme adragante.......... dix grains.
F. s. l'a. une mixture à prendre par cuillerée à bouche.

Ce sel, qui a un effet laxatif et diaphorétique, guérissait ou du moins diminuait beaucoup la maladie dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Quoique cette dysenserie eût un caractère inflammatoire, on ne fut cependant que très-rarement obligé de recourir aux émissions sanguines générales ou locales. (*Hufeland's Journal*, avril 1827. V. Stoeber, D. M.)

DARTRES AUX ORGANES DE LA GÉNÉRATION, GUÉRIES PAR L'ACIDE HYDROCYANIQUE. — Une femme de cinquante ans était affectée d'une dartre aux parties génitales, et y ressentait un prurit excessivement douloureux. Le docteur Schneider, consulté par elle, prescrivit des lotions avec une solution alcoholique d'acide hydrocyanique, dans les proportions d'un gros et demi à deux gros d'acide prussique médicinal sur six onces d'alcohol absolu. Ce moyen procura une guérison solide dans l'espace de quinze jours.

La même dissolution, avec six onces d'eau distillée de roses, donna

des résultats semblables chez une autre femme âgée de quatre vingt-quatre ans.

M. Schneider a encore obtenu un égal succès dans trois autres cas où il fit usage de ce moyen. (*Hufeland's Journal*, mars 1827.)

EFFICACITÉ DU COLCHIQUE DANS UN CAS DE PRURIGO. — Un homme, âgé de plus de soixante-dix ans, était affecté d'un prurigo invétéré. Il fut reçu dans l'une des salles de M. le docteur Elliotson, et ce praticien lui prescrivit un demi-gros de vin de colchique, trois fois le jour. Ce traitement fut continué pendant trois semaines, au bout desquelles le malade se trouva complètement guéri. (*The medico-chirurgical Review*, etc.; octobre, 1827.)

DANGER DE L'USAGE IMPRUDENT DU SUBLIMÉ CORROSIF A L'EXTÉRIEUR. — Le docteur Miguel, médecin à Neuenhaus, rapporte les observations suivantes pour mettre en garde contre les funestes effets qui résultent trop souvent de l'emploi du sublimé corrosif en application extérieure contre les maladies cutanées, lorsqu'on n'a pas la précaution de combattre en même temps la dyscrasie générale par un traitement interne approprié.

Obs. I.re — Un riche propriétaire était affecté de la gale depuis deux mois. Des lotions furent faites avec une forte dissolution de deuto-chlorure de mercure, et l'éruption ne tarda pas à disparaître; mais les moyens internes avaient été négligés, et le malade fut atteint d'une monomanie triste qui ne disparut que lorsqu'on fut parvenu, à l'aide des antimoniaux, des préparations sulfureuses, des bains, etc., à provoquer sur tout le corps, la tête exceptée, une affection exanthématique analogue à celle dont on l'avait guéri.

Obs. II.e — Un homme, âgé de quarante ans, d'une forte complexion, était, depuis plusieurs années, affecté d'une éruption dartreuse aux deux mains. Des lotions avec une dissolution de sublimé l'en délivrèrent; mais aussitôt il fut pris d'une toux opiniâtre avec points douloureux à la poitrine, et dans l'espace d'un an il mourut d'une phthisie tuberculeuse. Cet homme cependant, loin de présenter le moindre signe de disposition à cette maladie, avait l'habitude apoplectique, constitution que l'on retrouve chez tous les individus de sa famille, et même chez ses propres enfans.

Obs. III.e — Un jeune enfant âgé de six ans, d'une constitution scrofuleuse, était affecté d'un *crusta serpiginosa* que l'on chercha à combattre par l'usage des eaux sulfureuses; mais la maladie ne disparaissant pas assez vîte, les lotions de deuto-chlorure de mercure furent prescrites, et l'exanthème céda promptement à l'emploi de ce moyen. Dès-lors, l'enfant fut pris de maux de tête violens et continuels; l'abdomen se gonfla, la respiration devint gênée à un tel point que le moindre mouvement suffisait pour l'essouffler, et qu'il était

contraint de rester presque constamment étendu sur un canapé. On administra l'éthiops antimonial combiné avec les purgatifs, et, sous l'influence de ce traitement, l'affection cutanée reparut et avec elle le parfait rétablissement du petit malade. (*Horn's Archiv.*)

TRAITEMENT DE LA PUSTULE MALIGNE. — Le docteur Schwan traite cette pustule par le décoctum d'écorce de chêne d'Hahnemann, et dans vingt-deux cas où il a eu occasion de mettre cette médication en usage, il en a obtenu les résultats les plus satisfaisans.

Les guérisons rapportées par lui sont d'autant plus dignes d'être remarquées que la majeure partie des individus qui en font le sujet n'avaient réclamé ses secours que quelques jours après l'invasion de la maladie. Chez tous, les progrès de la gangrène furent subitement arrêtés par les applications de décoctum d'écorce de chêne sur les parties affectées, et rarement il fut besoin d'associer un traitement interne au traitement topique. Dans tous les cas, ce moyen si simple suffit pour faire disparaître le danger dans l'espace de deux ou trois jours; la peau de la pustule se raccornit sous l'influence de ce médicament, puis l'usage de l'onguent de térébenthine acheva la guérison de l'ulcère.

M. Schwan n'a pas eu recours une seule fois aux scarifications et à l'excision; il les juge même dangereuses. (*Hufeland's Journal; octobre 1827.*)

Chimie et Pharmacie.

COPAHU SANS ODEUR NI SAVEUR. — Depuis long-temps on cherchait les moyens d'enlever au baume de copahu son odeur nauséabonde et sa saveur âcre, repoussante, qui en rendent l'usage difficile et le plus souvent suivi d'une irritation gastrique ou intestinale. M. Sallé, pharmacien de Paris, et qui est en même temps docteur en médecine, vient d'arriver à ce but, en laissant toutefois au copahu toute son action spécifique. Il n'a point cherché, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, à n'employer qu'une des parties constituantes de ce médicament. En effet, l'expérience a déjà démontré qu'une telle préparation serait insuffisante. Il a fait plus, il a conservé tous les élémens du baume, dont il a seulement enchaîné les qualités nuisibles, et il en est résulté une masse molle, inodore, presqu'insipide, et d'un usage facile, même à forte dose.

A la manière dont il est préparé, le copahu de M. Sallé peut être employé avec le plus grand succès dans les cas d'uréthrites (après la période inflammatoire), dans les leucorrhées, les blénorrhées, et même dans tous les catarrhes chroniques, pour lesquels on n'osait point ordonner le baume ordinaire.

Si, comme on l'assure, M. le docteur Sallé s'occupe de modifier,

sous les mêmes rapports, plusieurs autres médicamens d'une action énergique, mais compliquée, on ne peut que l'encourager dans ses recherches, puisqu'elles ont pour objet de perfectionner les moyens thérapeutiques, et d'augmenter ainsi les ressources de la pratique médicale. (*Annales de la Médecine physiologique*, septembre 1827.)

Cynodine. — La racine du *cynodon dactylon* contient, particulièrement à la fin de l'hiver et au commencement du printemps, une grande quantité d'une substance particulière qui en a été extraite par le professeur Semmola, et nommée par lui *cynodine*. Pour l'obtenir, on moud la racine, puis on en fait une forte décoction aqueuse; le décoctum, passé au travers d'une étamine, est laissé en repos pendant quelques heures, puis on en sépare par décantation un sédiment que l'on concentre d'abord par l'ébullition, et qu'on fait évaporer enfin, à la chaleur du bain-marie, jusqu'à consistance d'un sirop très-épais. Ce liquide est mis alors dans un endroit frais, et, quelques jours après, on trouve au fond du vase un dépôt d'une substance cristalline. Cette substance est la cynodine que l'on sépare et qu'on lave à l'eau froide; il ne s'agit plus, pour l'obtenir à l'état de pureté, que de la faire dissoudre dans l'eau chaude et cristalliser de nouveau. (*Esculapio*, Tom. I. fasc. 1. pag. 43.)

Académie royale de Médecine. (Janvier.)

Académie réunie. — *Séance du 8 janvier.* — *Fièvre jaune, documens de M. Chervin.* — M. Coutanceau, rapporteur de la commission chargée d'examiner les documens de M. Chervin, a la parole pour présenter le résumé de la discussion. Il cherche d'abord à justifier la commission du reproche que lui avait fait M. Pariset d'avoir considéré isolément les documens de M. Chervin sans les comparer à aucun autre, et d'avoir particulièrement refusé les renseignemens que M. Pariset avait offerts. La commission, dit-il, ne pouvait consentir à entendre M. Pariset, sans se constituer le juge de cet académicien, sans s'ériger en tribunal auquel auraient dû être appelés de même tous les autres médecins inculpés par M. Chervin. Arrivant ensuite à la réponse elle même de M. Pariset, il ne croit pas que cette réponse ait prouvé la fausseté, et même le peu d'importance des documens de M. Chervin. M. Pariset, en effet, y reconnait que la mort de la famille du capitaine du *Grand-Turc*, qu'il avait d'abord attestée, est un fait douteux; qu'il y a égale incertitude sur le nombre des pêcheurs qui sont restés isolés sur la plage du port sans être atteints de la fièvre jaune; et dans tout le reste, il ne fait qu'opposer

autorité à autorité, attestation à attestation, laissant les esprits dans le même doute sur la vérité des faits. Il relève cette assertion de M. Pariset, que les faits négatifs ne prouvent rien dans la question, et pense au contraire que le meilleur moyen de prouver qu'une maladie n'est pas contagieuse, c'est de rassembler tous les faits qui démontrent que cette maladie ne s'est pas transmise d'un individu qui en était atteint à un autre qui a communiqué avec le premier. Il repousse les argumens tirés du nombre de morts qu'a présenté l'épidémie de Barcelone, attendu que ce nombre ne prouve absolument rien sur la cause de la mortalité, et qu'il existe beaucoup d'exemples d'épidémies meurtrières produites par des causes locales et exemptes de tout caractère contagieux. Il pense, contre l'opinion de M. Pariset, que M. Chervin a suivi la véritable voie, lorsque, pour prouver la non contagion de la fièvre jaune, il s'est attaché à attaquer tous les faits de contagion qui avaient été allégués. Il regrette que dans la discussion on se soit borné à disserter sur la contagion ou non contagion de la fièvre jaune en général, au lieu d'examiner les documens de M. Chervin, qui étaient l'objet sur lequel l'académie était consultée. Il avoue que le rapport, en ce sens, n'a pas été discuté; mais il ajoute qu'il ne pouvait pas l'être, puisqu'il aurait fallu en quelque sorte faire une enquête sur chacun des faits relatés dans les documens, ce qui était impossible. Il trouve dans cette impossibilité une nouvelle raison de justifier la commission de s'être bornée à une analyse exacte et méthodique des documens. Il termine en disant que la commission persiste dans ses conclusions, et en donnant lecture de celles-ci telles qu'elles sont exprimées dans le rapport. Il y est établi, que s'il s'agissait de prononcer d'une manière absolue, d'après les documens de M. Chervin, sur la question de la contagion de la fièvre jaune, aucune conclusion ne pourrait être portée, trop de questions incidentes devant être préalablement résolues, trop de faits que l'académie n'a aucun pouvoir de vérifier devant auparavant être reconnus vrais; mais que, néanmoins, la commission a reçu unanimement des documens de M. Chervin une impression favorable au système de la non contagion; et qu'elle *pense qu'ils méritent l'attention la plus sérieuse, et qu'ils peuvent influer puissamment sur la solution négative de la question de la contagion de la fièvre jaune, telle au moins que cette question a été entendue et discutée jusqu'à ce jour.....*

M. Pariset demande et obtient la parole. Une lettre qu'il vient de recevoir de M. Raphaël Maz, lieutenant du port, éclaircit ce qui a trait à la famille du capitaine du *Grand Turc*, et au nombre des pêcheurs restés sur la plage du port. Il est bien vrai que le capitaine Sagreras, premier capitaine du *Grand Turc*, n'est pas mort, et qu'en

ce point la relation de la commission de Barcelone est inexacte; mais le commandement de ce bâtiment a passé promptement à un autre capitaine, et c'est la famille de celui-ci qui, peu de temps après être venue à bord, a péri; de sorte, dit M. Pariset, qu'il n'y a qu'une erreur de nom, mais qu'au fond le fait est le même. Quant au nombre des pêcheurs restés sur la plage du port, il est bien vrai qu'il y eut parmi eux quatorze malades, au lieu de quatre qu'a annoncé la commission de Barcelone, mais aussi le nombre total des personnes qui restèrent sur la plage du port fut de 300 et plus, comme l'avait dit la commission française, et non de 69, comme l'établissent les documens de M. Chervin. M. Raphaël Mas assure l'avoir dit à M. Chervin. Après ces premiers détails, M. Pariset arrive à la conclusion de la commission; il la trouve répréhensible en ce qu'elle déclare seulement que les documens de M. Chervin sont contraires à l'hypothèse de la contagion de la fièvre jaune, tandis que, selon lui, ces documens ne sont pas moins opposés à la théorie de l'infection. Ces documens, en effet, établissant que la fièvre jaune est occasionnée par une infection locale, comment concevoir que des individus auraient vainement communiqué avec des malades, sans ressentir les effets du foyer d'infection dans lequel ceux-ci étaient plongés? Il voudrait que l'académie n'adoptât pas une conclusion qui pourrait si facilement être retournée contre elle.

M. Itard demande la parole. Plusieurs membres expriment que la clôture de la discussion ayant été prononcée, la parole ne doit être accordée à personne, et qu'il n'y a plus désormais qu'à aller aux voix sur la conclusion de la commission.—M. Adelon objecte que l'assemblée n'a entendu prononcer la clôture qu'en ce qui concerne la discussion générale; mais qu'elle n'a pas pensé interdire les débats sur les conclusions: ce serait d'autant moins convenable, dit-il, que sur 80 membres et plus, ayant droit de parler, 4 seulement ont été entendus, et que, de l'aveu de M. le rapporteur lui-même, l'objet réel de la discussion n'a pas encore été abordé.— M. Itard demande à lire un travail tendant à faire modifier un peu la conclusion proposée par la commission.—M. Chomel trouve quelque obscurité dans les termes qui expriment la conclusion de la commission, et demande aussi la permission de proposer une autre rédaction.—M. Coutanceau, le rapporteur, avoue qu'il y a quelque obscurité dans celle de la commission, et qu'elle a besoin d'être modifiée. Mais malgré cet aveu, MM. Double, Orfila, Renauldin soutiennent que l'assemblée peut toujours aller aux voix sur l'esprit de la conclusion, sauf à en arrêter après la rédaction. Envain M. Delens objecte que dans toute assemblée délibérante on discute toujours les amendemens avant la proposition principale; envain M. Gérardin annonce qu'il peut facilement

prouver, et demande à le faire, que les documens de M. Chervin relatifs à l'Amérique manquent, en beaucoup de points, d'exactitude; MM. Double, Orfila, membres de la commission, insistent pour que, sans entendre aucun amendement, et sans donner la parole à aucun membre, l'assemblée vote sur l'esprit de la conclusion proposée par la commission. Malgré l'opposition de plusieurs membres, MM. Marc, Dalmas, Itard, Chomel, Adelon, etc., cette proposition, mise aux voix par le président, est adoptée par la majorité de l'assemblée, qui adopte aussi, non les termes, mais l'esprit de la conclusion proposée par la commission.

Séance du 22 janvier 1828. — *Fièvre jaune, documens de M. Chervin.* — La première partie de cette séance a été secrète, et consacrée à l'établissement du budjet de l'académie. La seconde a été employée à la discussion du rapport sur les documens de M. Chervin. M. Rochoux réclame la parole pour un fait personnel, et nie avoir été appelé à vérifier à l'intendance de Barcelone le nombre des morts, comme l'a avancé M. Pariset dans la séance du 2 octobre dernier. (Voyez le tome XV des *Archives*, page 454.) — M. Marc se plaint du peu d'ordre qui a régné dans la séance précédente, et croit que des doutes pourraient être élevés sur la légalité des propositions qui y ont été arrêtées. — M. Adelon demande que, pour assurer plus de calme à la discussion qui va commencer, et pour garantir à chaque membre de l'assemblée le droit d'exprimer son opinion, on suive l'ordre observé dans toutes les assemblées et prescrit par le réglement, qui est de discuter d'abord les amendemens. — M. le rapporteur soumet alors la conclusion telle que la commission l'a définitivement rédigée; en voici le texte: *que les documens de M. Chervin méritent l'attention la plus sérieuse; qu'ils augmentent considérablement la masse des observations favorables à la non contagion de la fièvre jaune, et qu'ils pourraient concourir puissamment à établir le principe de cette non contagion, si, dans l'état actuel de la science, cette question était de nature à être résolue d'une manière absolue et générale.* — M. Castel demande à prouver le vice de cette rédaction, et veut qu'on lui substitue celle-ci: *l'académie estime que les documens recueillis par M. le docteur Chervin doivent obtenir une place honorable dans la partie historique de la médecine; mais elle s'abstient d'émettre une opinion sur la question de la contagion de la fièvre jaune, parce que la plupart de ses membres n'ont point observé cette espèce de typhus qui, considéré comme maladie sporadique, s'est présenté fort rarement en France, et à l'importation duquel la position et le climat de ce pays ont opposé jusqu'à présent, et paraissent devoir opposer toujours une barrière.* — On objecte que cette conclusion est toute autre que

celle de la commission, et ne pourra être discutée que si celle de la commission est rejetée. — M. Pariset remarque d'abord, que ce n'est point *unanimement* que la commission a arrêté la conclusion qu'elle présente ; et comme preuve il lit une lettre de M. Vauquelin, qui avertit que c'est à tort que son nom est au bas du rapport, puisqu'une maladie l'a empêché de concourir à sa rédaction, de le connaître même, ce qui suppose qu'il y a été fait mention de son absence. Il demande ensuite, que comme la commission avoue n'avoir pas vérifié et n'avoir pas pu vérifier les documens de M. Chervin, on exprime au moins dans la conclusion, que l'opinion de l'Académie sur ces documens n'est que conditionnelle et subordonnée à l'exactitude des faits rapportés dans ces documens. Cette addition, dit-il, est d'autant plus nécessaire, que M. Pariset a contesté l'exactitude de la plupart des documens relatifs à l'Espagne, et que M. Gérardin a annoncé pouvoir contester celle des documens relatifs à l'Amérique. Il ajoute qu'une lettre de M. le docteur Bahi, de Barcelone, lui apprend que ce médecin prépare une réfutation de beaucoup d'erreurs avancées par M. Chervin. — M. le rapporteur consent aux deux amendemens de M. Pariset ; et bien que M. Husson s'oppose au dernier surtout, et se fonde sur ce que la commission n'a pas voulu y consentir dans sa séance dernière, l'Académie le consacre. — M. Itard demande la parole, et fait remarquer que les modifications importantes que la commission a apportées à sa conclusion depuis la dernière séance, et que celles que, sur la proposition de M. Pariset, l'Académie vient d'adopter, étaient précisément celles qu'il voulait proposer dans la dernière séance, conjointement avec M. Chomel et quelques membres qui, comme lui, n'ont pu obtenir la faveur d'être entendus. — M. Chomel demande et obtient quelques changemens qui portent exclusivement sur la rédaction de la conclusion. — M. Dubois, président de la commission, demande que les derniers mots, *d'une manière générale et absolue*, soient retranchés, et qu'il soit dit conséquemment, que les documens de M. Chervin pourraient concourir puissamment à établir en principe la non contagion de la fièvre jaune, *si, dans l'état actuel de la science, cette question pouvait être résolue.* Dès le premier jour de ses travaux, dit-il, la commission a reconnu, que non-seulement les documens de M. Chervin ne pouvaient pas *faire juger* la question, mais que, dans l'état actuel de la science, cette question ne *pouvait être jugée ;* et c'est ce qu'elle a voulu exprimer. — M. Itard veut au contraire que les mots, *d'une manière générale et absolue*, soient conservés. C'est dans le travail qu'il avait préparé, et dont l'Académie n'a pas voulu entendre la lecture, que la commission a puisé la nouvelle rédaction qui est en discussion ; M. le rapporteur l'avoue, et voici ce qu'il avait voulu

exprimer par ces mots dont on propose le retranchement ; il avait voulu faire entendre que ce qui peut être établi de la nature contagieuse ou non contagieuse de la fièvre jaune dans un lieu, pourrait bien ne pas être de la même maladie observée dans un autre lieu ; d'où il résulterait que véritablement il serait impossible de résoudre la question d'une manière absolue et générale. — Malgré ces remarques de M. Itard, l'Académie adopte le retranchement proposé par M. Dubois ; et allant enfin au scrutin sur la rédaction définitive, 38 votans sur 39 la consacrent dans ces termes : *que les documens de M. Chervin, en admettant comme exacts les faits qu'ils contiennent, méritent l'attention la plus sérieuse ; qu'ils augmentent considérablement la masse des observations favorables à l'opinion de la non contagion de la fièvre jaune, et qu'ils seraient de nature à concourir puissamment à établir en principe cette non contagion, si dans l'état actuel de la science cette question pouvait être résolue.*

Section de médecine. — *Séance du 15 janvier.* — *Syphilis.* — M. Bagneris fait un rapport sur un Mémoire de M. Mordret, médecin de l'hospice du Mans, relatif à la syphilis. M. Mordret est contraire à l'opinion de quelques médecins modernes, qui ne veulent voir dans la syphilis qu'une pure phlegmasie, curable par les seuls antiphlogistiques ; il croit à l'existence du virus syphilitique, et cite trois observations dans lesquelles les malades, vainement soumis à un traitement antiphlogistique, n'ont guéri que par l'emploi du mercure. Le rapporteur partage les opinions de M. Mordret, et cite, entr'autres preuves, que dans les provinces Illyriennes, où depuis trente-sept ans règne une affection qui offre tous les symptômes de la syphilis du 15.e siècle, la commune d'Idria a été jusqu'à présent garantie seule du fléau, parce que son territoire repose sur une riche mine de mercure, et que ses habitans travaillent ce métal. Les habitans de cette commune éprouvent bien les émanations mercurielles ; mais ils ont été préservés de la syphilis qui a atteint la population de tous les pays voisins.

Lettre de M. Desorgues, de Paris, ancien magistrat, qui présente comme *préservatif* de la syphilis, le bromure de mercure à 8 ou 10 degrés de l'aréomètre, et comme *curatif* de cette maladie, le même remède, porté à 10 ou 12 degrés de l'aréomètre. Selon M. Desorgues, ce médicament, quelle que soit la surface par laquelle on l'administre, pénètre dans le sang, et y neutralise la syphilis ; mais le mode d'administration le plus convenable est en lotions ; en boissons, souvent il exerce des effets fâcheux sur la membrane muqueuse de l'estomac ; en frictions, il cause aussi par fois des accidens, et son injection dans les parties génitales occasionne de vives douleurs.

Ecorce de grenadier, tœnia. — M. le secrétaire lit une observation du docteur Raisin, de Caen, relative à l'expulsion d'un tœnia, obtenue par la décoction de l'écorce de racine de grenadier. Ce médecin, dans le cours d'une pratique de plus de trente années, n'avait pu réussir à faire rendre un tœnia entier par aucun des remèdes les plus vantés, celui de madame Nouffer, l'éther à haute dose et suivi de purgatifs, la valériane suivie des drastiques, etc.; et cette fois il y est parvenu par une décoction de deux onces d'écorce de racine de grenadier, et quatre verres d'eau réduits à trois. Ces verres furent bus d'heure en heure, et le remède répété trois jours de suite. Dès le deuxième jour, le malade avait rendu le ver. M. Raisin a ajouté que, si l'on en croit Bremser, l'écorce de racine de grenadier est un remède familier aux Indiens contre le tœnia; ils l'emploient en décoction; mais ils en font précéder l'usage d'un mélange à parties égales, de graines de *secadana* (convolvulus nil) et de *putas papara* (erythryna monosperma.) Ces substances sont employées comme purgatives par les médecins de l'Inde. Dans une note que M. Raisin fils a jointe à celle de son père, cet élève en médecine, rappelant que le malade dont il s'agit ici a pour la première fois rendu des portions de tœnia après avoir bu de l'eau-de-vie, demande s'il n'y aurait pas plus d'avantages à donner l'écorce de racine de grenadier dans un véhicule alcoholique plutôt que dans un véhicule aqueux.

Vagissemens utérins, note de M. Lesauvage, médecin à Caen. — Bien que M. Vallot, médecin à Dijon, ait voulu récemment attribuer à une supercherie de ventriloque tous les cas de vagissemens utérins rapportés par les auteurs, et bien que M. Gimelle, dans un rapport à l'académie sur la note de M. Vallot, ait nié aussi l'existence des vagissemens utérins (*voyez* les *Archives*, tom. XIII, pag. 116 et 281), M. Le Sauvage ne croit pas cette question complètement résolue, et adresse à l'académie un exemple de vagissemens utérins qu'il a observés à plusieurs reprises pendant trois jours entiers sur une chienne. Celle ci était assez avancée en gestation, malade et couchée sur son côté; quand on approchait d'elle, on entendait distinctement, et jusqu'à la distance de dix pas, les cris de ses petits, dont les mouvemens étaient également apercevables à travers les parois de l'abdomen. Elle ne mit bas que deux jours après, de sorte que dans ce cas le vagissement suppose un gaz spontanément développé dans l'amnios particulier à chaque fœtus.

Verre pilé et substance vitriforme considérés comme poison. — Autre note de M. Le Sauvage, médecin à Caen. Dans cette note, M. Le Sauvage rappelle qu'il a soutenu à la Faculté de médecine de Paris, en 1810, une dissertation dans laquelle il prouvait, par des expériences, l'innocuité du verre et des substances vitriformes que l'on

avait considérées jusque-là comme des poisons *mécaniquement* corrosifs. Il regrette que la conviction de cette innocuité ne soit pas partagée par tous les médecins, et c'est ce qui l'engage à revenir pour la troisième ou quatrième fois sur cette question. Dans sa dissertation, il avait cité plusieurs observations d'hommes qui, dans des accès de fureur ou d'ivresse, avaient brisé des verres entre leurs dents, en avaient avalé des fragmens, et n'avaient éprouvé aucun accident. Dans la note nouvelle qu'il adresse à l'académie, il rapporte l'observation d'une femme qui, dans un accès de mélancolie, et pour se suicider, brisa un verre dans un coin de son mouchoir, et en avala les fragmens mêlés à un peu d'eau. M. Le Sauvage, appelé, fit prendre pour la forme une boisson émulsionnée, et quoique la femme fut à jeûn au moment où elle avait pris le verre, elle n'a pas éprouvé le plus léger malaise. M. Sauvage conclut donc que le verre pilé en petits fragmens ne fait pas de mal, parce que les fragmens, en glissant toujours avec facilité dans l'intestin, ne s'insèrent jamais dans les parois de cet organe.

Moyens de reconnaître les taches de sang en médecine légale. — Mémoire de M. Raspail. — Dans la première partie de ce mémoire, M. Raspail conteste la valeur des caractères chimiques qu'a récemment proposés M. Orfila pour reconnaître les taches de sang. (*Voy.* les *Archives*, tome IV, page 601.) Selon lui, ces caractères suffisent bien pour prouver qu'une tache de sang n'est pas une tache de rouille, ou de citrate de fer, ou de cochenille, de garance, de bois de Brésil, de carthame; mais ils ne suffisent pas pour prouver que cette tache est effectivement une tache de sang, et ne peut être que cela. Il donne en preuve qu'ayant taché du linge, du verre, avec du blanc d'œuf dans lequel avait séjourné, pendant quelques heures, un sachet de toile rempli de garance en poudre légèrement humectée, ces taches se sont comportées aux réactifs comme il a été dit par M. Orfila que se comportaient les taches de sang. Ainsi, la tache trempée dans l'eau distillée laisse bientôt couler, sous forme de stries, une matière colorante rouge; si alors on agite le verre, l'eau se colore en rouge, et la couleur n'en est pas altérée par l'ammoniaque; au contraire, les acides nitrique et sulfurique concentrés décolorent la liqueur, en y occasionnant un précipité blanc et caillebоté blanc, ou plutôt albumineux; le chlore la verdit d'abord, puis la rend opaline; l'infusion de noix de galle la trouble également; sur le linge lavé reste une matière molle, blanche, élastique, qui représente la fibrine, et le liquide exposé à la chaleur se coagule. De même, si la tache de verre est légèrement chauffée, on voit la tache s'écailler, se détacher, et il se dégage des vapeurs qui ramènent au bleu le tournesol rougi par un acide. Tout est donc analogue, selon M. Raspail, sauf que la tache

par le mélange qu'il a composé, est d'un rouge plus purpurin, et que l'ammoniaque, non-seulement n'altère pas cette tache, mais de plus l'avive. Or, qui osera prononcer, ajoute M. Raspail, d'après des nuances qui ne sont pas jugées les mêmes par les hommes les plus habitués? et qui ne conçoit combien de mélanges analogues à celui qu'il a composé peuvent naturellement se trouver et simuler des taches de sang? Il suffit de pellicules de vin, de pulpes de fruits renfermant à la fois de l'albumine végétale et une matière colorante. Dans la deuxième partie de son mémoire, M. Raspail traite des lumières que peut répandre sur la question l'observation microscopique; il nie la certitude que M. Dulong a voulu attribuer à cette observation. (*Voyez* les *Archives*, tome XV, page 124), et comme preuve, il annonce que les globules du sang lui ont paru au microscope être tout autrement disposés que les autres observateurs microscopiques ne l'ont dit. Par exemple, au lieu de les voir avec la même forme et le même diamètre dans une même espèce animale, il les a vus dissemblables dans les divers individus et dans les divers organes d'un même individu. Au lieu de les voir composés d'une enveloppe colorée en rouge et d'un noyau incolore, il les a vus en entier incolores, aussi blancs que des grains de fécule, et la matière colorante étant tout-à-fait distincte d'eux. Ces globules, enfin, ne lui ont paru être que de l'albumine que la circulation a divisée en grains à-peu-près homogènes. Attribuera-t-on ces différences, dit M. Raspail, au peu de talent de l'observateur? Mais alors, quelle foi peut ajouter la justice à une exploration qui exige tant d'habileté? D'ailleurs, quand il s'agit de sang desséché, ces globules ne sont plus apercevables, tout ce qui flotte dans l'eau où on a délayé le sang n'est que lambeau informe, que coagulum granulé. Enfin, M. Raspail ajoute que le mélange qu'il a fait, que l'albumine ordinaire, ont présenté au microscope absolument les mêmes apparences que le sang. Il conclut donc que le microscope ne peut pas plus que les expériences chimiques, dans l'état actuel de la science, faire constater la présence du sang dans une tache rouge. — M. Orfila rappelle que devant la section il a discuté l'insuffisance de l'observation microscopique pour faire reconnaître les taches de sang. Quant à ce qui concerne les épreuves chimiques, il présentera dans la prochaine séance un mémoire en réponse aux objections que leur fait M. Raspail. Il demande en outre qu'une commission soit chargée d'examiner le travail de ce dernier, et cette proposition est adoptée.

Séance du 29 janvier. — Phlegmasie cérébrale. — M. Martin Solon, au nom d'une commission, lit un rapport sur une observation de M. Tysseyre, médecin à Châlons-sur-Saône, intitulée: *Phlegmasie des membranes cérébrales et de la surface externe de l'encéphale, avec co-existence d'une fièvre tierce régulière, d'une*

inflammation chronique du foie et une hydropisie du péricarde. — Le malade sujet de cette observation, âgé de 62 ans, avait eu, vingt-six ans auparavant, une hépatite aiguë qui avait paru se terminer par résolution; plus tard, il avait essuyé des chagrins domestiques. Un jour, à la suite d'une course forcée, il est saisi tout-à-coup des symptômes d'une phlegmasie cérébrale, céphalalgie violente, trouble des facultés intellectuelles, fièvre, délire, assoupissement; des sangsues sont appliquées à l'anus, et on pratique une saignée du bras. Le 2.e jour, l'accès fébrile se renouvelle, et croyant qu'il est de nature des fièvres intermittentes, on lui oppose avec succès le quinquina; mais la somnolence et le délire persistent, s'aggravent; un énorme phlegmon survient au bras, à la suite de la piqûre de la saignée; il y a nécessité de faire des incisions à l'avant-bras; le coma devient de plus en plus profond et continuel malgré les rubéfians, et le malade meurt au bout de huit jours. A l'ouverture du cadavre, on trouve les traces accoutumées d'une inflammation cérébrale; sérosité abondante au-dessous de la dure-mère, et nombreuses adhérences de l'arachnoïde à cette membrane; arachnoïde rouge, granuleuse, recouverte d'exsudations visqueuses et puriformes; substance cérébrale dure, enflammée; sérosité abondante dans les ventricules. Dans les veines hépathiques étaient de longs filamens que M. Tysseyre qualifie de graisse, mais qui, selon le rapporteur, étaient bien plutôt de simples concrétions fibrineuses. M. Martin Solon pense que dans cette observation, il est difficile d'assurer que les deux premiers accès fébriles ont été une complication de fièvre intermittente avec la phlegmasie cérébrale; sans doute cette complication est possible, mais il y a eu ici trop peu d'accès pour qu'on puisse la garantir. En tous cas, il croit qu'il aurait fallu alors s'occuper plus de la phlegmasie que de la fièvre, et insister davantage sur les saignées: selon lui, on ne peut [illegible] répéter les saignées dans les arachnitis, sans se laisser effrayer par la faiblesse du pouls. Il signale comme un fait précieux d'observation, les granulations et l'enduit visqueux qu'a présentés en ce cas la surface de l'arachnoïde enflammée, fait d'anatomie pathologique fort commun dans les phlegmasies des membranes séreuses du thorax et de l'abdomen, mais qui n'a encore été que rarement remarqué dans la phlegmasie de la membrane séreuse du crâne.

Taches de sang; médecine-légale. — M. Orfila lit un mémoire en réponse à celui qu'a fait lire M. Raspail dans la séance précédente. (*Voyez* ce même Numéro des *Archives*, où ce mémoire est inséré en entier.) M. le secrétaire annonce que M. Raspail a envoyé un second mémoire pour réfuter M. Orfila. Celui-ci demande que ce mémoire soit lu aussitôt; mais la Section décide qu'il sera renvoyé à la même commission chargée d'examiner le premier.

Métastases humorales ; caséum dans l'urine ; pus et bile dans les vaisseaux de la glande mammaire. — M. Adelon lit un mémoire de M. Hervey de Chégoin, contenant deux observations curieuses. Dans l'une, il s'agit d'une femme qui, accouchée après quatre jours d'un enfant mort, fut saisie, le quatrième jour de sa couche, d'une éruption miliaire avec urines abondantes, troubles et d'un blanc sale, et mourut le dixième jour. Les seins n'avaient été le siège d'aucun gonflement, d'aucun travail, et cependant l'analyse chimique fit voir dans l'urine une assez grande quantité de matière caséeuse. M. Hervey de Chégoin rapproche ce cas de ceux cités par M. Orfila, d'après Wurtzel et Cabal, dans lesquels du caséum fut également trouvé dans l'urine d'un homme de trente ans, sujet à des affections catarrhales avec gonflement des seins, et dans celle d'une femme de vingt-six ans, veuve depuis plusieurs années, et qui n'avait jamais eu de maladies laiteuses. Il se demande où s'était formé dans ces divers cas le caséum ; s'il existait primitivement dans le sang, ou si formé d'abord dans la glande mammaire, il a été seulement résorbé de l'intérieur de cette glande, pour être ensuite éliminé par l'urine. C'est à la chimie qu'il faut, selon lui, en appeler pour la solution de ces questions. Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de soixante ans, morte au bout de six semaines d'une inflammation du genou terminée par suppuration. On trouva du pus, non-seulement dans cette articulation et dans celle du sternum avec la clavicule, mais encore dans le tissu des glandes mammaires ; et celles-ci en outre contenaient un liquide jaunâtre qui ressemblait beaucoup à de la bile, que dans les huit derniers jours de sa vie la malade avait rendu abondamment par des vomissemens et des selles. M. Hervey de Chégoin présume qu'ici il y avait eu transport dans la mamelle, 1.° du pus de l'articulation malade ; 2.° de la matière jaune des vomissemens et des déjections ; et il en conclut que les métastases ne sont pas exclusivement, comme on l'a prétendu en ces derniers temps, un déplacement d'irritation, mais bien des déplacemens matériels d'humeurs. Il cite quelques cas confirmatifs de cette opinion celui d'un homme qui, atteint d'un abcès énorme à la cuisse, vit en une nuit la maladie se porter à l'angle de la mâchoire du même côté ; le fait d'un autre homme qui, porteur d'un abcès au bassin, meurt tout-à-coup en trente-six heures, au moment où on le croyait guéri, et chez lequel on trouva du pus dans les ventricules et la substance du cerveau, etc. M. Hervey de Chégoin ne croit pas cependant qu'il y ait dans tous ces cas absorption du pus; et, par exemple, il n'attribue pas à cette cause les tumeurs lobulées, et à différens degrés de suppuration, qu'on rencontre si souvent dans les poumons, le cerveau, après les grandes opérations. — A l'occasion de

cette lecture, M. Orfila remarque qu'il n'a cité que sur l'autorité d'autrui les observations de caséum dans l'urine qu'il a consignées dans son ouvrage, mais qu'il n'en garantit pas l'authenticité, d'autant plus qu'il n'existe encore aucun caractère propre à faire distinguer le caséum de tout autre principe organique. MM. Duméril et Husson disent avoir trouvé, dans les cadavres de femmes mortes de fièvres puerpérales, le premier du lait dans les vaisseaux lymphatiques du sein, et le second du pus dans les articulations.

Rétention des matières stercorales dans le gros intestin. — M. Andral fait un rapport sur le memoire qu'a lu dernièrement à la Section M. le docteur Gibert, sur ce sujet. (*Voyez Archives*, tom. XV, pag. 610). Selon M. Andral, les accidens déterminés par la rétention des fèces dans le gros intestin, ont depuis long-temps fixé l'attention des praticiens. Dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie, est mentionné un cas où cette rétention causa une tumeur qui fut prise pour un squirrhe, et qu'on vit disparaître promptement par des purgatifs. Quelquefois l'intestin est complètement obstrué, et les accidens simulent une péritonite aiguë, ou un étranglement interne, ou une invagination. Dans le cas cité par M. Gibert, il y avait en même temps abcès sous-péritonéal dans une des fosses iliaques, et cet abcès par la pression qu'il exerça sur les cordons nerveux, détermina des douleurs dans tout le membre abdominal. M. Andral a vu un anévrysme de l'aorte thoracique en susciter de semblables dans divers points du thorax et dans les membres supérieurs. — M. Louyer-Villermay prétend que c'est à tort que M. Gibert fait entendre dans son mémoire, que les médecins praticiens ont méconnu le fait de la rétention des matières dans le canal intestinal par suite de l'inertie de ce canal. Il ajoute que ce fait n'est pas aussi commun que l'a dit M. Gibert; dans vingt-cinq ans de pratique, il ne l'a rencontré que quatre ou cinq fois, et il croit que souvent on l'a soupçonné où il n'existait pas. Il cite deux cas où il a commis lui-même cette erreur; dans l'un, la constipation tenait à une affection cérébrale qui avait frappé d'inertie tout le tube intestinal; dans l'autre, tous les accidens étaient occasionnés par un engorgement squirrheux de l'utérus.

Empoisonnement par une substance corrosive, observation de M. Mene. — Un homme chez un marchand de vin boit d'un seul trait un petit verre de liqueur; bientôt chaleur brûlante de la bouche à l'estomac, agacement des dents, salivation abondante; ces accidens augmentent, et des vomissemens surviennent et se renouvellent jusqu'au lendemain. Les lèvres, la langue, l'intérieur de la bouche, le gosier, sont d'une couleur blanche; la déglutition est difficile, les dents sont jaunes; il y a salivation, expectoration de matières muqueuses sanguinolentes; signes, en un mot, d'une inflammation

du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac. On applique des sangsues au col et à l'épigastre. Le 3.e jour, la membrane muqueuse de la bouche s'exfolie; le 6.e, des vomissemens entraînent une partie de celle de l'estomac; ils se renouvellent les jours suivans, les matières sont en partie formées de sang noir et coagulé; du délire survient, et le malade meurt le 14.e jour. A l'ouverture du corps ordonnée par le magistrat, on trouve la langue ulcérée, la paroi postérieure du pharynx couverte de larges escarrhes noires, l'œsophage rempli de sang, et ses parois ramollies et gorgées de sang; l'estomac plein de sang coagulé, et perforé près de son orifice pylorique; sa membrane muqueuse, noire dans toute son étendue, était enlevée en plusieurs endroits. Le duodénum était perforé, et tous les intestins étaient d'une couleur rouge foncée, et contenaient beaucoup de sang.

SECTION DE CHIRURGIE. — *Séances des* 3, 10 *et* 17 *janvier.* — *Sujets de prix.* — Ces trois séances ont été employées à décider deux sujets de prix à décerner dans une séance publique de la section de chirurgie, l'un en 1829, et l'autre en 1830. La commission, qui avait été chargée du travail préparatoire, avait proposé, par l'organe de M. Lisfranc, les six questions suivantes: 1.° « Lorsque la présence d'un ou de plusieurs calculs dans la vessie exige les secours de la chirurgie, déterminer d'après des observations, des expériences authentiques et d'après le raisonnement, quel est, suivant les cas, l'opération préférable; 2.° déterminer par des expériences sur les animaux, et par des observations sur l'homme, si la syphilis peut être radicalement guérie par les antiphlogistiques, et si ces remèdes doivent être préférés aux mercuriaux et aux sudorifiques employés avec succès jusqu'à ce jour; 3.° déterminer s'il est des cas dans lesquels l'amputation du col de l'utérus peut être pratiquée? Quel est le meilleur procédé opératoire? indiquer quelles sont les affections du col de l'utérus qui exigent plus spécialement la cautérisation de cet organe? comparer les avantages et les inconvéniens des deux méthodes; indiquer les moyens thérapeutiques propres à préserver les malades de ces opérations; 4.° rechercher quel est le meilleur moyen de traiter les fractures du col du fémur; 5.° déterminer par l'observation, des expériences et le raisonnement, le meilleur traitement des plaies des articulations; 6.° enfin, rechercher quelles sont les méthodes de traitement des engorgemens chroniques du sein, y compris le squirrhe et le cancer; faire un choix de ces méthodes. » La section a choisi la première de ces questions pour sujet du prix à décerner en 1830, et la cinquième pour le sujet du prix de l'année 1829.

Séance du 31 *janvier.* — *Maladies des voies urinaires.* — Lettre de M. Souberbielle, qui désire ne pratiquer désormais d'opérations de la taille qu'en présence d'un ou plusieurs membres de la section,

afin que celle-ci soit plus à même de prononcer dans la grande question qu'elle a choisie pour sujet de prix. Dans cette lettre, ce chirurgien appelle encore l'attention de la section : 1.° sur l'inutilité et même le danger de l'emploi des caustiques dans le traitement des rétentions d'urine causées par les rétrécissemens de l'urètre ; 2.° sur la nécessité de provoquer des travaux sur le *catarrhe de la vessie*, maladie qui est le désespoir des malades et des médecins; 3.° sur l'abus excessif de l'emploi des saignées, des sangsues, des sétons, cautères et vésicatoires, dans les affections des voies urinaires.

Danse de Saint Guy; grenouillette. — M. Lisfranc communique quelques réflexions sur ces deux maladies : 1.° il a guéri, par des évacuations sanguines abondantes, une femme atteinte de la danse de Saint-Guy; à la vérité la maladie a reparu une première fois au bout de quatre mois ; mais elle a cédé ensuite presque complètement à ces mêmes moyens, et aujourd'hui la maladie ne se manifeste plus qu'aux époques menstruelles ; 2.° il propose, au traitement de la grenouillette, une modification qui consiste à faire subir au sac une perte de substance, et à détruire tous les jours la cicatrice jusqu'à ce qu'on ait établi un trajet fistuleux du sac avec l'intérieur de la bouche. M. Duval pense qu'une perte de substance n'est pas nécessaire, qu'il suffit d'une large incision et d'injections alcoholiques dans le kyste afin de le faire suppurer.

Arrachement du pouce; mamelles chez un homme. — M. J. Cloquet communique deux observations : 1.° celle d'un homme auquel la première phalange du pouce fut rompue et arrachée, et avec elle les tendons des deux extenseurs et du fléchisseur du pouce, et qui a guéri sans aucun accident; 2.° celle d'un infirmier de l'hôpital Saint-Louis, âgé de 60 ans, qui avait les mamelles aussi développées que celles d'une femme. Cet homme étant mort, M. Cloquet examina les seins, et n'y trouva qu'un amas de graisse sans rudiment de glandes mammaires; d'où il conclut que la sécrétion du lait n'est pas possible chez l'homme. M. Duval dit avoir vu un homme de 40 ans qui, par la pression, faisait sortir de sa mamelle un fluide lactiforme. M. Lisfranc donne des soins à un jeune homme qui a le sein droit très-développé, tandis que le gauche ne l'est pas du tout ; il pense que la glande mammaire peut se trouver quelquefois dans l'homme à l'état rudimentaire. M. Roux pense que dans l'observation de doigt arraché citée par M. Cloquet, la fibre musculeuse ne s'est rompue que parce qu'il n'y avait pas contraction au moment où la distension a agi. M. J. Cloquet croit que la rupture a lieu dans le tendon ou le muscle, selon que le premier est grêle relativement au muscle dont il est la terminaison, ou selon que ce sont les muscles qui sont minces comparativement au gros volume du tendon.

Hermaphrodisme.—M. Hervey de Chegoin, au nom d'une commission, lit un rapport sur un individu de sexe incertain, dont le bassin et les parties génitales ont été envoyées à l'académie par les médecins et chirurgiens de l'hôpital de Bourg. L'individu avait été baptisé comme fille, et a passé pour telle jusqu'à sa mort, arrivée à 17 ans. Le bassin n'offrait rien de particulier, sinon qu'il n'offrait aucuns poils là où il s'en couvre à la puberté; le pubis était saillant comme chez une femme. Sur ses côtés étaient deux saillies ovales, recouvertes d'une peau molle, un peu ridée, dans l'intérieur desquelles était un testicule gros comme un haricot, mais bien distinct. On y découvrit en effet l'épididyme, donnant naissance à un canal déférent aboutissant à des vésicules séminales. Entre ces deux saillies, sur la ligne médiane, était un corps long de 22 lignes, qui, disséqué, fut reconnu pour un pénis. Ainsi la prétendue fille était au contraire un individu du sexe mâle, sans l'existence d'aucun organe femelle. Seulement, il y avait au périnée une tumeur graisseuse, simulant les bourses, mais n'ayant aucun rapport avec ces parties qui étaient situées au-dessus. De plus, sur les côtés de la verge étaient deux conduits aboutissans à la vessie, mais dont l'un s'ouvrait du côté gauche pour donner issue à l'urine, tandis que le droit était fermé par une membrane à son orifice extérieur.

Maladies de l'utérus. — M. Lair, médecin à Paris, lit plusieurs chapitres d'un mémoire imprimé qu'il a présenté à l'Institut, dans lequel il établit que les maladies désignées par les médecins sous les noms de squirrhe avec ou sans ulcérations du col de l'utérus, ne sont autre chose qu'une hypertrophie de cette partie ou de l'organe entier. Il y décrit aussi une altération particulière du col de l'utérus, dans laquelle cette partie prend un aspect variqueux qu'il compare aux tumeurs hémorrhoïdaires. M. Hervey de Chegoin dit que, dans le Journal général de Médecine, il a décrit, il y a six mois, les tumeurs variqueuses du col de l'utérus, que M. Lair compare judicieusement à des hémorrhoïdes.

Section de pharmacie. — *Séance du 12 janvier.* — *Momies d'Egypte.* — M. Bonastre représente le rapport sur l'examen chimique d'une momie d'Egypte, qui a déjà occupé la section dans la séance du 10 novembre. Il avait annoncé dans ce rapport avoir trouvé dans la poudre employée à l'embaumement de la momie de la noix muscade, et la section avait mis en doute ce fait. M. Bonastre a recommencé son examen, et il répète que les fragmens qu'il a recueillis ont plus d'analogie avec le fruit d'une plante laurinée, comme la fève péchurin ou le ravendsara, ou la muscade, qu'avec d'autres substances. Il ajoute qu'Hérodote désignant la canelle sous le nom de καρφή (petite branche sèche), et les arabes d'aujourd'hui *kerfek*,

cette canelle ne peut pas être le *cinnamonum* des anciens. La section décide, que le doute sur l'existence non prouvée de la muscade dans la poudre à embaumement sera plus nettement encore exprimé dans le rapport.

Préparation d'opium. — M. Caventou appelle l'attention de la section sur un liquide opiatique, appelé *gouttes noires*, (*black drop* des anglais.) Il en a composé d'après la formule consignée dans le formulaire de M. Magendie, et elles n'avaient ni la couleur aussi noire, ni la consistance aussi épaisse que celle des anglais : il croit avoir distingué au goût et à l'odeur, que celles-ci contiennent en solution de l'extrait de réglisse pour en masquer la saveur. M. Planche dit qu'il est impossible de se procurer des *gouttes noires uniformes*, attendu que ce remède étant secret en Angleterre, chacun dans ce pays les prépare à sa manière : tour-à tour on emploie les acides citrique, ou acétique, ou tartarique, ou le suc de coings ; on varie les proportions d'opium, etc. ; le formulaire du docteur Paris offre diverses formules. M. Chevallier confirme les assertions de M. Planche, en assurant qu'il a trouvé des *black drop* contenant, les unes du sucre, les autres de la canelle, etc. M. Pelletier veut qu'à raison de cette variation, on s'en tienne aux *gouttes de Rousseau*, qui paraissent être le type primitif de ce médicament. M. Caventou annonce que M. Burdin aîné a obtenu des effets égaux, soit des gouttes noires de France, soit de celles d'Angleterre. Néanmoins, la section reconnaît la convenance qu'il y aurait à fixer un mode uniforme pour la préparation de ces gouttes, comme pour celle de plusieurs autres médicamens dont la composition est arbitraire ; un grand travail de ce genre formerait un supplément utile au codex : elle nomme une commission pour lui présenter un projet à cet égard, projet qui serait ensuite proposé à l'académie.

Séance du 26 janvier. — M. Chevalier annonce qu'il a vainement essayé de bleuir l'albumine glaireuse de l'œuf frais par de l'acide hydrochlorique ; jamais il n'a réussi, et il en met sous les yeux de la section, qui effectivement est restée blanche. M. Serullas pense que ce qui a pu induire M. Caventou en erreur, c'est que l'acide hydrochlorique du commerce contient souvent de l'oxyde de fer, qui comme un prussiate a pu former du bleu avec des matières animales. (*Voyez* la discussion de l'avant-dernière séance, page 114 du présent volume.)

Agedoïte. — MM. Robiquet et Bussy font un rapport sur un Mémoire de M. Plisson, pharmacien à la Pharmacie centrale, relatif à l'identité de l'agédoïte, principe cristallin de la réglisse, avec l'asparagine. L'agédoïte a été découverte par MM. Vauquelin et Robiquet, et l'asparagine par M. Robiquet. Ce dernier avait été tenté de la considérer comme identique ; il en avait été empêché par le savant cris-

tallographe Haüy, qui leur avait trouvé des formes cristallines bien différentes. Mais M. Plisson est parvenu à faire cristalliser l'agédoïte sous les mêmes formes que l'asparagine; et il leur assigne encore pour qualités communes de cristalliser facilement, de ne précipiter par aucun réactif, de ne pas agir sur les couleurs végétales, et de n'être pas susceptibles de fermenter. M. Pelletier remarque que les substances végétales qui cristallisent, ne présentent pas toujours les mêmes cristaux, et que d'après ces diversités, on a fait différentes espèces d'un même principe immédiat. A l'appui de cette opinion, M. Virey rappelle que les travaux de M. Beudant ont montré que l'addition d'un peu de sulfate de fer suffit pour modifier la cristallisation de beaucoup de sels minéraux.

Pilules de baume de Copahu. — M. Soubeiran lit un mémoire sur un nouveau procédé de M. Mialhe, pharmacien, touchant la préparation des pilules de baume de Copahu, si employées dans le traitement des blennorrhagies. En unissant cette térébenthine avec un dix-septième de son poids de magnésie bien calcinée, M. Mialhe lui donne, au bout de quelques jours, une consistance emplastique très-propre à former des pilules. Ce procédé fournit aussi un moyen de reconnaître si le baume a été falsifié avec de l'huile de ricin, car alors la préparation devient huileuse et mollasse. M. Planche dit à ce propos que depuis plusieurs années M. le docteur Fiévée prescrit des pilules de Copahu préparées à l'aide de la magnésie, soit carbonatée, soit calcinée. M. Boulay pense que cette dernière doit former une sorte de savonule avec l'huile volatile qui, dans le baume, tient la résine en solution; et qu'ainsi cette composition n'étant plus du Copahu pur, doit avoir des qualités spéciales. — M. Lechevallier dit qu'en Angleterre on a employé avec efficacité contre les gonorrhées la résine de Copahu privée de son huile volatile. M. Soubeiran annonce avoir séparé au moyen de l'éther le baume de Copahu pur de la magnésie; ce baume était sans altération. MM. Pelletier et Planche pensent qu'il y a une sorte de combinaison ou de saponification entre ces substances.

Plante pour parfumer le tabac. — M. Virey lit une note sur une plante odorante de l'île de Cuba, appelée *trebel*, employée à parfumer le tabac des cigarres de la Havane les plus recherchées. C'est une plante de la famille des composées, corymbifères, que M. Kunth dit être la *pigneria trinervia* de Cavanilles, voisine du genre des eupatoires et de l'aya pana, du guaco, toutes plantes qui répandent une odeur analogue. Celle-ci se rapproche encore du parfum du mélilot et de la fève Tonka.

— M. le docteur Pillet nous écrit que l'application de la méthode de Ducamp, au traitement des fistules lacrymales, proposée dans notre dernier Numéro par M. Ratier, est depuis plusieurs années mise en usage par M. Gensoul, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui ne traite plus les fistules lacrymales que par cette méthode. M. Gensoul a pris acte de cette innovation par une lettre adressée à l'Académie royale de Médecine, en janvier 1825, et par une note insérée à cette époque dans les *Archives*.

BIBLIOGRAPHIE.

Les Médecins contemporains; par J. L. H. P.*** *A la librairie de l'Industrie, rue Saint-Marc-Feydeau, N.° 10; et chez Gabon, libraire. Paris*, 1827. *In-8.° de* 124 *pages.*

Les médecins dont il est question dans cet ouvrage, sont MM. Broussais, Alibert, Coutanceau, Berard, Adelon et Civiale. Leurs travaux et leurs opinions sont sans doute connus de tout le monde; mais si quelqu'un avait négligé de s'en instruire, c'est dans leurs ouvrages qu'il faudrait les étudier; toute autre source est insuffisante ou infidèle. Quant aux personnes qui désireraient connaître le jugement qu'en porte M. L. H. P.***, nous pouvons leur promettre qu'elles liront sa brochure avec plaisir. Elle est écrite avec élégance et avec une liberté d'opinion que nous louerions comme une rare franchise, si l'auteur s'était fait connaître. Chacun adoptera ou rejettera les jugemens du critique, selon qu'il se rapprocheront de ceux qu'on aura soi-même portés. Il serait donc superflu de dire ce que nous en pensons, mais nous ne pouvons nous dispenser de relever un de ces jugemens qui ne peut que paraître injuste à tout le monde, puisqu'il repose sur une assertion entièrement inexacte. M. P.*** prétend que *Cabanis considéra la pensée comme un produit sécrété par le cerveau*, et il regarde cette idée comme *la plus ridicule et la plus courte qu'un philosophe ait jamais conçue*. Elle ne le serait pas si M. P.*** était philosophe; car que peut-il y avoir de plus ridicule que de s'imaginer que Cabanis a dit au propre et sans figure, que le cerveau secrète la pensée. Où a-t-il dit que la pensée fût une substance? quand a-t-il pu le dire sans être en contradiction avec lui même? Tout ce que Cabanis a prétendu, c'est que la pensée est un acte du cerveau comme la digestion est un acte de l'estomac, comme la sécrétion de la bile est un acte du foie, etc. Si M. P.*** trouve cette opinion dangereuse, il aurait dû employer à la combattre le temps qu'il a

mis à prêter des idées courtes et ridicules à Cabanis, pour faire ressortir l'étendue et la profondeur de celles de M. Bérard.

D.

Examen des principes de l'administration en matière sanitaire, ou Réponse au discours, etc.; par N. CHERVIN, *D. M. P.*

Les Contagionistes réfutés par eux-mêmes; par EUG. SULPICY, *D. M. P.*

Avant que nous ayons pu entretenir les lecteurs de ces deux ouvrages, relatifs à la question de la contagion de la fièvre jaune, les motifs qui lui donnaient tant d'importance ont cessé d'exister. Quoi qu'il en soit, la célèbre discussion qui a eu lieu à ce sujet ne sera point oubliée, elle restera comme un monument historique de notre époque, et l'ouvrage de M. Chervin sera toujours considéré comme celui d'un médecin aussi honorable par son caractère que distingué par son talent.

Entre des hommes qui soutiennent par de faibles argumens et des preuves inexactes une opinion dictée par une autorité qui paye chèrement leurs services, opinion que la plupart d'entre eux ont combattue à l'époque où elle était moins profitable, et un homme qui, seul après de longs et pénibles voyages, muni de documens authentiques et nombreux, vient proclamer une doctrine qui ne lui rapporte que des désagrémens et des tracasseries, tout médecin honorable et instruit se sent tout d'abord disposé à se ranger du côté du second. Cette disposition se fortifie encore en lui par l'examen des pièces du procès et par l'assentiment de tous les hommes qui ont étudié la matière avec indépendance.

Telle est l'impression qu'on éprouve en lisant les diverses publications du docteur Chervin; on conçoit mal à quel propos ce médecin, pour le plaisir de combattre l'opinion de l'autorité et de ses délégués, aurait été parcourir, pendant plusieurs années, les contrées ravagées par la fièvre jaune, consulter les médecins quelle que soit leur opinion, recueillir leurs documens de la manière la plus exacte et la plus positive. A notre avis, cette manière de procéder présente au lu haut degré les caractères de l'authenticité et de la bonne foi, surtout quant on la compare avec celle des adversaires du docteur Chervin. Lorsque les passions refroidies permettront d'examiner et de peser les faits sans prévention, nul doute que l'opinion de ce médecin ne prenne une grande consistance et ne serve de base aux déterminations d'une autorité amie du bien public. Il a, d'ailleurs, déjà reçu un témoignage bien honorable par le rapport trop peu connu de la commission de l'Académie royale de Médecine, et par

les discussions dont il a été l'objet, et par le suffrage de la majorité des médecins.

Dans une petite brochure, intitulée : *Les Contagionistes refutés par eux-mêmes*, le docteur Sulpicy, qui, en 1823, a publié des recherches sur la contagion de la fièvre jaune, a reproduit des faits qui montrent MM. Bally, François et Pariset partisans de la non contagion : leurs ouvrages sont là qui déposent contre eux. Sans doute, dans les sciences, c'est la preuve d'un bon esprit que d'abandonner son opinion lorsqu'on croit voir la vérité dans les rangs opposés, mais c'est jouer de malheur, en vérité, que de ne l'apercevoir que quand elle se montre accompagnée de places, de croix et de pensions. Il faudrait avoir un bien haut rang dans l'estime publique pour sortir pur d'une pareille épreuve.

F. R.

Topographie physique et médicale de Casset ; par ALEXANDRE GIRAUDET. 1827.

Il est difficile de croire que l'utilité des topographies pour l'exercice de la médecine n'ait pas été un peu exagérée, quand on lit ce que les auteurs ont écrit à ce sujet, et seulement le passage suivant : « Il n'est pas possible à un médecin de pratiquer la médecine dans un pays dont il ne connaît pas les localités : aussi me suis-je déjà élevé contre cette dangereuse habitude qu'ont en général les malades, d'abandonner les médecins du lieu, lors toutefois qu'ils sont éclairés, pour se mettre entre les mains d'un nouveau venu qui, quelqu'habile qu'il soit, ne peut, de prime-abord, agir avec connaissance de causes, et s'expose à commettre de funestes erreurs. La pratique de la médecine n'est point générale ; elle est essentiellement locale chaque théâtre nouveau sur lequel un médecin se trouve placé, doit être pour lui le sujet d'une nouvelle étude. Le traitement des maladies est subordonné à une foule de circonstances dont on est forcé de tenir compte, si l'on veut éviter des accidens. » (*Dict. des Sc. méd.*, art. *Topographie.*) Quelques personnes auront peut-être peine à croire qu'un médecin instruit, appelé dans un village qui lui est inconnu, ait besoin, pour reconnaître et traiter une apoplexie, une pneumonie, une gastrite, etc., de s'enquérir préalablement aux habitans du pays, quelle est la configuration propre au sol, quelles modifications accidentelles cette configuration a pu subir dans l'espace de plusieurs siècles, quelles sont ses relations avec les cieux et les mers ; quelles sont la nature, la richesse et la quantité de ses productions ; quelles sont, en cas qu'il se rencontre des montagnes dans ce pays, la forme, la composition, la situation, la direction et l'é-

lévation de celles-ci ; jusqu'à quel point leur chute successive a enrichi les vallées ; quels sont, s'il y a des fleuves, des rivières ou des lacs, leur origine, leur étendue, leurs moyens d'entretien ; quelle est la nature des minéraux et des végétaux ; de passer en revue les zoophytes, les diverses espèces d'insectes : tout l'ordre des *diptères*, des *lépidoptères*, des *hyménoptères*, des *névroptères*, des *hémyptères*, des *orthoptères*, des *coléoptères*, etc. ; de faire la même chose relativement aux arachnides, aux crustacés, aux annélides, aux mollusques, aux poissons, aux reptiles, aux oiseaux et aux mammifères ; de faire l'histoire des guerres du pays, de ses institutions politiques et religieuses, etc., etc. Ce n'est pourtant pas là, à beaucoup près, toutes les questions qui doivent remplir le programme donné pour la rédaction d'une topographie. Aussi peut-être, bien des gens pourront penser que le médecin lisant dans la situation du malade, la topographie du pays, c'est-à-dire jugeant par la maladie des causes qui ont jeté le patient sur le lit, s'empressera de saigner l'apoplectique, ou le pneumonique, et d'appliquer au troisième l'inévitable remède approprié aux gastrites.

Je suis loin de nier qu'aucune de ces données soit inutile au médecin qui va exercer son art loin du climat qu'il habite ; cependant qu'il me soit permis de hasarder quelques observations sur l'utilité des topographies et sur la manière de les rédiger.

Le médecin qui vient exercer son état dans quelque lieu que ce soit, a dû, dans ses examens, avoir préalablement fait preuve de connaissances sur l'hygiène, comme sur toute autre branche de la médecine ; il doit connaître l'influence sur l'économie animale, des diverses qualités de l'air, de sa pesanteur, de sa fluidité, de ses diverses températures, de son état électrique ; ceux non moins importans des nombreuses causes qui altèrent ou vicient ce fluide, l'influence que doit exercer, sur la salubrité des habitations, le voisinage des montagnes, des vallées, des forêts, des marais, des rivières, suivant le plus ou moins de rapidité de leur cours, des canaux, suivant qu'ils retiennent bien ou qu'ils laissent échapper leurs eaux, et que celles-ci peuvent infiltrer les terres voisines ; de divers établissemens signalés dans les traités d'hygiène, et qui font même, sous ceux des gouvernemens qui daignent s'occuper de l'espèce humaine, l'objet d'ordonnances spéciales ; il doit connaître les effets nuisibles des divers modes de construction des habitations, ou des divers matériaux employés à ces constructions ; il doit connaître l'influence que détermine, sur l'économie, l'usage que l'homme fait, pour sa nourriture, de certaines espèces végétales et animales, des boissons qui le désaltèrent habituellement, etc., etc. Or, si le médecin est muni de toutes ces connaissances, il en aura fait l'application après un court

séjour dans le lieu qu'il vient habiter, et s'il avait besoin d'une topographie, il lui suffirait de posséder celle qui lui révélerait l'existence de celles des causes cachées qui peuvent échapper à l'observateur, comme d'une source de mauvaise nature que les habitans préfèrent par une coutume routinière à l'eau limpide d'une rivière, etc., etc.; encore le médecin n'aurait-il besoin que d'une topographie purement physique, car de l'existence des circonstances physiques au milieu desquelles il est placé, il doit être en état de déduire sur le champ des conséquences médicales. Quant au médecin qui habite depuis long-temps le pays, il n'a pas besoin de topographie, à moins qu'on ne le suppose dépourvu de toute espèce d'instruction. Une topographie est encore moins faite pour les médecins étrangers au pays; elle ne leur offre ni utilité ni intérêt. Pour nous résumer, disons donc que dans l'état actuel de la science, une topographie ne doit être que la description exacte et précise des localités d'un pays, abstraction faite de toute application médicale, puisque le médecin, suffisamment instruit, trouve dans cette seule description, toutes les causes qui peuvent influer sur la salubrité du pays et sur la santé de ses habitans; ensuite, qu'outre les répétitions d'hygiène générale dont on doit débarrasser les topographies, on peut encore supprimer, sans grand inconvénient, une infinité d'objets fort intéressans sans doute pour l'homme du monde, mais peu utiles au praticien, tels que tout ce qui a rapport à l'origine du lieu que l'on décrit, les souvenirs qu'il rappelle, la chronologie des évènemens éloignés dont il fut le théâtre, la description d'une multitude de végétaux dont l'homme ne retire aucune utilité; l'énumération pompeusement scientifique de ces nombreuses familles d'insectes qui, dans les zônes brûlantes, dévorent des empires et servent de pâture à des peuples, mais qui, dans nos zônes tempérées, où l'on ne rencontre plus d'*acridophages*, n'exercent sur l'homme aucune espèce d'influence. Si le médecin topographe, au lieu d'écrire pour ses confrères, s'adresse directement à l'autorité, c'est une autre affaire : il appuyera sur les dangereux effets de certains accidens de sol, de voisinage de marais ou de forêts trop épaisses, etc., de certains établissemens, et surtout il précisera les moyens à employer pour bannir le danger auquel ces causes peuvent donner lieu. C'est de cette manière, je crois, qu'il peut être utile.

Ce que nous venons de dire des topographies en général, ne doit pas nous empêcher de convenir que si M. Giraudet a suivi une méthode sur laquelle nous n'avons peut-être élevé qu'une mauvaise chicane, il l'a fait avec talent. Son livre est substantiel et dénote un homme qui a du savoir; son style ne manque pas de chaleur, et n'a besoin que d'être un peu châtié pour être pur. C. Londe.

Examen général des connaissances de la nature des maladies et de leur traitement chez les anciens et les modernes; précédé du tableau du médecin, du plan du Traité de Pathologie médico-chirurgicale, et suivi des principes de cette science; par Louis-Victor Benech de Saint-Cric, *médecin, professeur de pathologie médico-chirurgicale.*

Le 19.e siècle, médicalement parlant, est essentiellement *révolutionnaire*. La *doctrine physiologique* a renversé la *Nosographie philosophique*. M. Prus s'est efforcé de mettre la *doctrine pathologique* à la place de la *doctrine physiologique*. Il a succombé dans son entreprise. On parle d'une *école organique*, qui aurait pour chef un homme très-distingué, médecin d'un hôpital de Paris; d'une *école éclectique*, et de diverses autres écoles, où, je ne doute pas qu'on n'apprenne, sinon des choses, du moins des expressions tout-à-fait nouvelles. M. Bénech ne se propose rien moins que de briser les bancs de toutes ces écoles, et d'en former une qui fasse passer son nom jusqu'à la postérité la plus reculée. « J'ai été frappé, dit-il, des bases sublimes de la science, je n'ai vu élevé sur elles qu'un frêle échafaudage, aussi honteux pour la raison que funeste à l'humanité; j'ai cru obéir à ma conscience en cherchant à le renverser. » M. Bénech veut que tout soit raisonné en médecine. C'est là, sans doute, un vœu bien innocent. Mais il aurait mieux valu désirer, que tout fût bien *raisonné*. Ce dernier vœu ne se réalisera pas de long-temps, n'en déplaise à M. Bénech, qui aussi bien que personne peut-être, pourrait nous fournir des exemples de fort mauvais raisonnemens.

M. B. commence son ouvrage par des *considérations générales*. Il y parle beaucoup de lui. Si quelque jour on fait la biographie de M. B., l'auteur qui se chargera de ce travail pourra consulter ces considérations générales. Il y trouvera les traits d'un homme fort extraordinaire, « qui eut en partage de sentir plus vivement que la plupart des autres hommes, et qui ne pouvant posséder le *rabot d'Emile*, forma la résolution de devenir un desservant du dieu d'Épidaure. » A la suite des *considérations générales* vient le premier article de l'examen. C'est le tableau du médecin. Ce portrait, *vraiment de fantaisie*, est singulièrement tracé. Si jamais un médecin s'y reconnaît, je serai fort trompé, à moins que ce ne soit M. Bénech lui même. En voici quelques traits: « Adolescent, il forme son langage sur celui de Virgile (1) ou de Fénélon, et il n'abandonne ces grands hommes

(1) Si le portrait dont il s'agit est celui de notre auteur, il faut qu'il ait un peu changé depuis son adolescence, car, au dernier con-

que pour soumettre à sa méditation profonde, depuis les astres qui roulent sur nos têtes, jusqu'à la composition du plus compliqué des minéraux.....: Il soumet l'arbuste comme le quadrupède à son investigation profonde..... Le monde change-t-il autour de nous, et à l'extérieur et à l'intérieur, nos organes abandonnent-ils leur état naturel, c'est lui qui en interroge la douleur, qui en calme les aiguillons cruels, et cet homme privilégié, ce physicien, ce chimiste, ce *physiologiste*, ce naturaliste, ce philosophe, cet amant sublime de la nature, ce messager heureux de la vie, quel est le cœur qui n'en soupire le nom, et qui ne désigne le médecin?.... Jamais on ne l'a vu attaquer les croyances religieuses, et si jadis Socrate méprisait la religion des Athéniens, Hippocrate, plus sage, donnait un tout autre exemple. Hallé avait la piété de Fénélon; Bichat, *tout jeune*, liait son existence à celle de la divinité; le sage Gall se recueille aussitôt que son âme rappelle le nom du Créateur, et le philosophe Pinel, à son dernier soupir, tendait la main de la reconnaissance au *génie* qui l'entretenait du Fils de Marie.... » Dans le deuxième article de son examen, M. B. expose le plan du traité de pathologie médico-chirurgicale, qu'il publiera incessamment. Nous prenons l'engagement formel de le faire connaître aux lecteurs des *Archives*, quand l'ouvrage paraîtra. Passons donc au troisième article, relatif à l'*examen* général des connaissances de la nature des maladies et de leur traitement *chez les anciens et les modernes*. « Les connaissances de la nature des maladies, dit M. B., suivent la marche de l'esprit humain; elles sont comme le génie du siècle, tantôt élevées, tantôt rétrécies. » Il rapporte à trois époques les changemens de ces connaissances; la première est antérieure à Hippocrate, la seconde date du règne de ce grand observateur, et la troisième est celle où vécut Bichat....Une quatrième époque commence probablement à l'ouvrage de M. Bénech.—Ce médecin, après avoir examiné l'état de la science aux époques indiquées, fait connaître son état actuel. Il passe en revue les ouvrages de divers pathologistes vivans, et les juge avec une sévérité peu chrétienne. Je prédis à ces ouvrages une triste destinée, si jamais celui de M. Bénech fait une révolution en médecine. « Je trouve partout, dit-il, un pauvre auteur dans celui du *Cours de Clinique* (page 165.) La clinique médicale est le Machiavel de la médecine; son auteur sera toujours placé à côté des médecins qui furent utiles à la science, quoique des plus nuisible aux malades (page 255.).... L'auteur de la Pyrétologie physiologique est du pays de ces hommes où une idée particu-

---

cours pour l'agrégation, le langage de M. Benech n'était pas tout-à-fait *formé* sur celui de Virgile, et le langage de son livre n'est pas tout-à-fait celui de Fénélon.

davantage. Mais doué d'un esprit éminemment méridional, d'une imagination facile à s'exalter, plein de sentimens religieux, s'exprimant avec passion, M. Benech, si je ne me trompe, eût fait un excellent prédicateur. B...

De la non-existence du virus vénérien, prouvée par le raisonnement, l'observation et l'expérience, avec un traité théorique et pratique des maladies vénériennes; rédigé d'après les principes de la nouvelle doctrine médicale, par L. F. R. A. RICHOND DES BRUS, *du Puy (Haute-Loire), docteur en médecine de la Faculté de Paris, ex-chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg.* 2 *vol: in*-8.° 1826 *et* 1827.

La grande tâche de comprendre toutes les maladies dans le cercle des inflammations se poursuit, sinon avec succès, du moins avec beaucoup d'activité; M. Richond des Brus est un de ces partisans de la nouvelle doctrine qui ne recule devant aucune difficulté. Il y a deux ans, il crut prouver que l'apoplexie avait son siége primitif dans l'estomac, que c'était une irritation gastrique réfléchie sur le cerveau (1); aujourd'hui il veut établir, *d'après l'observation et l'expérience*, que les maux vénériens ne sont que des phlegmasies ordinaires qu'on peut guérir par des antiphlogistiques; que leur *virulence* et leur *spécificité* sont de vieilles chimères.

Dans le premier volume de son ouvrage, l'auteur combat l'existence du virus vénérien, nie son mode de propagation dans l'économie, regarde comme inexact tout ce qu'on a dit de son inaction pendant un temps plus ou moins long, de son apparition soudaine et de la propriété qu'on lui suppose d'affecter toutes les parties du corps humain; il s'efforce de démontrer que les maux vénériens n'ont pas de caractères particuliers, et que les signes auxquels on prétend les reconnaître ne sont que les produits de l'irritation. Il pense que la réunion des symptômes qui constituent ce qu'on nomme vérole, peut se manifester spontanément sans le concours du virus vénérien. Les faits qu'il rapporte dans ce volume ont pour objet d'établir que le mercure est souvent inutile, quelquefois dangereux, qu'il ne prévient pas la récidive des affections vénériennes, qu'enfin après l'avoir employé, les affections se manifestent parfois consécutivement. M. Richond reconnaît l'existence de la contagion dans les maladies

---

(1) *Voyez* la Dissertation intitulée : *De l'influence de l'estomac sur la production de l'apoplexie, d'après les principes de la doctrine physiologique.*

syphilitiques, mais il prétend qu'on n'en doit pas conclure qu'elles aient un caractère spécifique. Entre autres observations critiques qu'on pourrait faire sur cette première partie de l'ouvrage qui nous occupe, nous n'insisterons que sur celle qui se rapporte au virus vénérien; il me semble que l'auteur a fait une bien grande dépense d'esprit et consacré beaucoup trop de temps à réfuter une entité à laquelle la plupart des médecins n'attachent pas la même idée que lui. Pour les pathologistes les plus judicieux, en effet, le virus vénérien (comme le virus de la rage) n'est qu'un moyen d'expliquer une cause inconnue, une action spécifique et contagieuse : on peut dire que la supposition de ce virus est, jusqu'à un certain point, une hypothèse utile. M. Richond doit savoir que dans les sciences les plus exactes, on suppose quelquefois des entités artificielles, inconnues, et pourtant nécessaires pour arriver au *connu*, au *réel*. Et dès-lors, pourquoi se déchaîner, dans plus de cent mortelles pages, contre cet enfant perdu, que le grand *Fernel* mit au jour pour expliquer l'infinie variété des maladies syphilitiques.

Dans le tome second, M. Richond a pour objet d'établir que les maux vénériens primitifs, simples ou compliqués, légers ou graves, ainsi que ceux qu'on appelle consécutifs, peuvent être guéris sans le concours du mercure; que les récidives ou véroles confirmées, loin d'être plus fréquentes après un traitement sans mercure, le sont moins qu'après l'usage prolongé de ce métal; que, dans les cas où elles ont été observées (ces récidives), loin d'annoncer une infection générale et d'exiger un traitement long, pénible, et quelquefois dangereux pour les constitutions faibles, elles ne doivent inspirer aucune inquiétude; enfin, qu'elles se dissipent avec facilité, pourvu qu'elles soient traitées comme des produits d'une irritation non spécifique (1).

L'auteur rapporte, à l'appui de ses opinions, un grand nombre de faits recueillis dans les hôpitaux militaires. Ces faits s'élèvent à plus de quatre cents; malheureusement dans ce nombre il y en a beaucoup d'incomplets et d'une singulière brièveté. Mais fussent-ils plus nombreux et plus concluans, ils seront insuffisans pour résoudre les graves questions soulevées par M. Richond, jusqu'à ce que, répétés un certain nombre de fois, ils aient été soumis à l'épreuve du doute philosophique. D'ailleurs, on sait que les assertions émises par l'auteur ont été proclamées dans d'autres écrits long-temps avant l'impression de cet ouvrage, et qu'elles n'ont pas encore obtenu la sanction de l'expérience. De plus, je connais tels hôpitaux militaires où l'on recueille aussi des faits entièrement conformes à ceux de M. Richond,

(1) Tome II, pag. 6 *et passim*.

et qui ne méritent point la confiance qu'on leur accorde : les soldats sortis de ces hôpitaux vont porter la syphilis palliée dans d'autres garnisons ; et les officiers, fatigués d'un traitement antiphlogistique sans résultat, prennent en cachette des préparations mercurielles : *j'en ai la preuve*.

Ces réflexions, au reste, n'ont pas pour but de jeter de la défaveur sur l'ouvrage de M. Richond, non plus que sur les écrits de M. Jourdan, qui l'a précédé de plusieurs années dans la même carrière ; je suis convaincu, au contraire, que, sans atteindre le but que ces auteurs se sont proposé, ils auront rendu un grand service à l'humanité, en restreignant l'usage du mercure, et en faisant mieux connaître les affections auxquelles l'abus de ce métal donne si souvent lieu, car dans mon opinion le nombre des *maladies mercurielles* est très considérable.

La seconde partie du dernier volume est intitulée : *Traité théorique et pratique des maux vénériens*, également rédigé suivant les principes de la nouvelle doctrine médicale. D'après ce qui a été dit plus haut, il est facile de se faire une idée de ce traité, dont le contenu forme un demi-volume ou environ. On conçoit d'ailleurs facilement qu'on ne pourra apprécier à sa juste valeur tout le mérite de cette partie de l'ouvrage de M. Richond, que lorsque l'expérience aura définivement prononcé sur les autres.

Si notre auteur est plein de zèle, il est juste de dire aussi qu'il ne manque pas de talent ; il a en outre adopté une excellente méthode pour la composition de son ouvrage. Enfin si, comme nous l'avons déjà dit, la partie dogmatique de ce livre n'est pas à l'abri de reproches fondés, la plupart des faits nombreux qui lui servent de bases n'en seront pas moins des matériaux utiles sous plusieurs rapports. Si M. Richond s'est escrimé assez inutilement, et par une sorte de mal entendu, contre ce qu'on appelle le virus vénérien, d'un autre côté, il combat souvent avec succès l'administration du mercure dont on a manifestement abusé dans les maladies syphilitiques. On ne peut douter, en effet, que ce médicament n'ait produit quelques-unes des phlegmasies que l'auteur a, mal-à-propos sans doute, confondues avec des affections vénériennes.

BRICHETEAU.

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MARS 1828.

Mémoire sur l'organisation anatomique des monstres hétéradelphes ; appliquée à la pathologie ; par M. Serres.

Tout est grand et admirable dans la nature. Ce qui s'y voit quelquefois d'irrégulier et d'imparfait suppose règle et perfection. L'ordre est dans le désordre.

Mais notre esprit, accoutumé aux arrangemens de la matière organisée et aux actes réguliers qui en sont les conséquences dans chaque être, s'est fait une idée de perfection absolue de la création ; tout ce qui n'atteint pas, ou tout ce qui dépasse cet arrangement convenu nous parait désordonné, et nous qualifions de *monstre*, tout être qui ne reste pas étroitement circonscrit dans les limites de l'organisation normale de son espèce.

Partant de là, les anatomistes ont défini la *monstruosité* toute conformation différente de ce qui *doit être*, comme s'ils savaient parfaitement ce qui *doit être* dans un corps organisé ! Aussi, pendant long-temps n'ont-ils considéré les monstres que comme des erreurs ou des méprises de la nature, qu'il fallait en quelque sorte lui

pardonner, et qui ne méritaient pas leur attention ou ne méritaient que de l'horreur.

Ce n'est guère que lorsque le système des œufs pour expliquer la génération prévalut en physiologie, qu'on daigna jeter les yeux sur ces êtres difformes. Encore ne le fit-on que pour les plier aux idées accréditées sur la génération normale.

On avait supposé que tout l'animal était dans l'œuf; il ne fallut pas un grand effort de l'esprit pour imaginer des œufs monstrueux, ou une confusion accidentelle de deux ou trois œufs pour rendre raison des animaux doubles ou triples. Ce système eut de la vogue; il devait en avoir. Il n'avait par lui-même rien à prouver, rien à éclaircir; il fut établi dès qu'il fut conçu. Mais par cette hypothèse, on ne rendait pas plus raison pourquoi un fœtus a deux têtes que pourquoi il n'en a qu'une, ou pourquoi même il n'en a pas du tout; c'était la *construction primitive*, on en était quitte pour ce mot. L'esprit ne fut si vivement ému à l'aspect des monstres par excès, que parce qu'il s'arrêta d'abord à leurs plus étonnantes combinaisons. Ses explications dûrent se ressentir de ses émotions, ou plutôt ce furent ces émotions qui se reproduisirent dans les explications. Si l'on avait suivi graduellement la nature dans les écarts qu'on lui supposait, on ne serait pas tombé dans les écarts trop réels que nous offre cette partie de la science. On serait arrivé du simple au compliqué, et on aurait vu que ce qui nous paraît compliqué est en soi réellement très-simple.

Tout le monde a vu des hommes ayant des doigts surnuméraires, deux pouces adossés l'un à l'autre sur la même main, et personne n'a songé à bâtir un système pour expliquer un si petit fait; mais quand on a rencontré deux têtes sur un même tronc, on a voulu savoir d'où venait cette tête étrangère, et l'imagination s'est égarée

dans un dédale d'explications. On a commencé par où il fallait finir.

Il fallait commencer par savoir d'où provenait ce double pouce; on aurait trouvé une double artère, là où il n'en existe ordinairement qu'une seule, et comme ni l'hypothèse des greffes, ni toutes les combinaisons préalables qu'elle suppose n'eussent pu s'exercer sur un sujet si minime, on eût dit tout simplement, il y a deux pouces parce qu'il y a deux artères. L'apparition d'un nouveau doigt est en rapport avec l'apparition d'un nouveau vaisseau. Ce rapport saisi, la double tête se trouvait expliquée; car pour la nature, une tête ou un pouce ne sont ni plus ni moins dans l'ordre de ses formations.

Voilà le principe, ou plutôt le rapport général; les applications en sont aussi nombreuses et aussi variées que les diversités sous lesquelles nous apparaissent les hypergénésies. Je vais en faire ici l'application au genre de monstruosité désigné par M. le professeur Geoffroy-Saint-Hilaire sous le nom d'*hétéradelphes*. Le motif qui m'a fait entreprendre ce Mémoire, fera juger toute l'importance des recherches nouvelles dont les monstres sont l'objet en ce moment, tant en France qu'en Allemagne.

A la nouvelle qu'il existait à Benais un enfant vivant à l'abdomen duquel adhérait un autre petit fœtus acéphale, mon célèbre ami et collègue le professeur Lisfranc, conçut l'idée de faire l'ablation de cette partie parasite qui gênait les fonctions de l'être régulier. Pour assurer l'exécution de cette opération hardie, dans le cas où on se déciderait à la tenter, il devenait indispensable d'avoir des notions positives sur les rapports organiques de ces parties surnuméraires avec l'être normal qui la traînait après lui.

D'après l'hypothèse des greffes, on pouvait croire que la partie anormale n'était qu'appliquée contre l'abdomen

de l'enfant ; que la peau seule était le moyen d'union des deux corps ; que conséquemment il n'y avait ni gros troncs vasculaires à lier, ni hémorrhagie à craindre. La partie surnuméraire était présumée simplement apposée à la partie antérieure de l'enfant, comme étaient accollés par la partie postérieure les deux filles dont Buffon nous a transmis l'histoire. Dans cette opinion l'opération eût été très-simple.

L'opération chirurgicale eût été très-compliquée, au contraire, si la partie surnuméraire était liée à l'être normal par des troncs vasculaires; si la circulation était continue de l'enfant à cette partie ; si la portion de canal intestinal contenu dans le fragment d'être sur-ajouté, se joignait au canal intestinal ordinaire. Aux chances des grandes opérations se joignaient de plus la nécessité de faire la section de cette portion du canal alimentaire, et les incommodités qu'entraîne à sa suite l'établissement d'un anus artificiel qu'il serait, on le conçoit, très-difficile d'éviter.

Or, c'est ce qui était, selon nous, et ce que l'on jugera devoir être d'après les trois exemples que je vais rapporter, et qui font l'objet de ce Mémoire.

Hétéradelphe de la Pitié (1). — Une fille atteinte de la variole confluente, et enceinte de trois mois et demi, avorta dans le cours de la maladie, dont la terminaison fut funeste comme elle l'est presque toujours pendant la grossesse. L'embryon qu'elle mit au monde correspondait, par ses dimensions, à l'époque que la malade avait assignée à sa grossesse; mais il était irrégulier en ce que, immédiatement au-dessous du sternum, il existait un train postérieur composé de deux cuisses avec les jambes, et surmontées par une excroissance qu'on aurait pu prendre

(1) Né à cet hôpital en 1817.

pour une tête rudimentaire, si les extrémités antérieures avaient existé. La portion du cordon ombilical qui était restée après l'embryon n'avait pas tout-à-fait un pouce de longueur; il était caché par la partie antérieure de la partie surnuméraire, de telle sorte qu'il fallait soulever celle-ci pour l'apercevoir; on découvrait alors l'anneau ombilical plus dilaté que de coutume, et la peau qui s'étendait en cet endroit de l'être normal sur l'anormal.

Celui-ci n'avait pas les dimensions du train inférieur de l'embryon régulier; il pouvait correspondre au commencement du troisième mois; son développement paraissait avoir été suspendu. En dilatant l'anneau ombilical, et incisant la portion cutanée qui servait de jonction, nous nous aperçûmes que le cordon ombilical se bifurquait en cet endroit. L'un se portait sur le petit embryon régulier, et il avait ses dimensions ordinaires; l'autre, plus petit, se dirigeait vers la partie surnuméraire. Celui-ci se composait de deux artères très-grêles qui se joignaient à l'iliaque de la partie surajoutée; entre elles était l'ouraque légèrement dilatée dans le petit bassin, où elle se réunissait à la fin de l'intestin surnuméraire. Il n'y avait qu'une veine ombilicale pour les deux cordons.

Les artères iliaques du train anormal, sur lesquelles s'inséraient les petites ombilicales, fournissaient des branches ascendantes et descendantes; les descendantes se portaient dans le bassin et les cuisses; les ascendantes, une de chaque côté, se réunissaient à deux lignes de la jonction des ombilicales, et ne formaient plus qu'un seul tronc, lequel, situé derrière l'intestin anormal, fournissait à celui-ci une branche, puis pénétrait dans l'embryon régulier par l'ouverture ombilicale. Ce tronc se joignait à l'aorte abdominale de l'embryon normal immédiatement au-dessus de l'artère cœliaque. Au côté interne de ce tronc artériel insolite se trouvait une veine qui se joignait

à la veine mésentérique supérieure, et suivait ensuite les principales divisions de l'artère. A la bifurcation de cette dernière, que l'on pouvait considérer comme une aorte abdominale, il n'y avait aucune artère que l'on pût comparer à la sacrée moyenne.

Dans le petit bassin sur-ajouté se trouvaient encore deux petits reins pelotonés, sans capsules surrénales à la fin de l'intestin. Celui-ci se réunissait intérieurement avec l'ouraque et avec la portion dilatée qui formait le rudiment de la vessie; l'un et l'autre étaient imperforés. Je n'ai aperçu aucun vestige des organes génitaux. Du point de sa jonction avec l'ouraque, derrière lequel il était situé, l'intestin remontait dans le bassin, puis entrait dans l'abdomen de l'être régulier; son volume égalait celui du gros intestin de ce dernier; l'appendice cœcale était très-distincte; au delà, l'intestin s'abouchait dans la portion moyenne de l'iléon normal. Il y avait ainsi deux cœcums dans l'abdomen de l'embryon régulier.

Les nerfs cruraux et sciatiques, très-déliés l'un et l'autre, se réunissaient à un petit ganglion situé derrière la jonction des deux artères iliaques. Une multitude de petits rameaux, partant de ce ganglion, se portaient sur les organes contenus dans le petit bassin.

La portion osseuse et cartilagineuse des membres surajoutés correspondait à celle d'un embryon du commencement du troisième mois de formation. Les os coxaux étaient composés des trois pièces qui les constituent ordinairement; le sacrum manquait complètement ainsi que le coccyx. A leur place se trouvait un tissu fibreux dense qui réunissait en arrière les deux os coxaux. Il résultait de cette absence un rétrécissement très-marqué de la cavité pelvienne.

Hétéradelphe de Lalande. — Celui-ci, que je consacre au souvenir de Lalande, aide-naturaliste du Jardin du

Roi, qui me servit de prosecteur, était un chien qui, d'après l'état des poumons, paraissait avoir vécu quelque temps.

La monstruosité consistait en un train antérieur et postérieur appliqué à la poitrine et à l'abdomen du sujet normal. On eût dit deux sujets adossés l'un à l'autre par leurs faces antérieures, si la tête n'eût manqué aux parties surnuméraires. Ce n'était ainsi qu'un acéphale réuni accidentellement à un autre chien régulier. A l'endroit de leur jonction la peau était parfaitement lisse; cette enveloppe commune se continuait de l'un à l'autre, sans que ni au-dehors ni au-dedans il y eût apparence d'une cicatrice.

Dans cet état, rien ne s'opposait à ce qu'on crût que ces parties étaient accolées contre la poitrine et l'abdomen de l'animal. On pouvait supposer que les parties surnuméraires provenaient des débris d'un fœtus régulier dont la tête s'était perdue, ou, comme on le disait, dont la tête avait été absorbée. Alors, disait-on encore, ces parties étant restées flottantes dans les eaux de l'amnios, sont venues se greffer aux points de jonction de l'autre fœtus. Mais pourquoi les extrémités supérieures vont-elles toujours rejoindre la poitrine de l'être normal? Pourquoi les extrémités inférieures se placent-elles constamment au-devant de l'abdomen? Pourquoi cette prétendue greffe s'opère-t-elle toujours face à face dans deux êtres réunis? On ne le disait pas. Après avoir fait flotter les débris de ces êtres, ce que jamais l'observation n'a montré, on semblait avoir assez fait pour eux et pour la science que d'avoir imaginé une hypothèse destinée à faire concevoir leur aggrégation.

C'était à l'anatomie à s'interposer entre ces faits et ces explications, et à montrer par quels liens et avec quel ordre la nature procède dans cette réunion comme dans

toutes ses créations. Déjà le cas précédent nous a montré la partie d'un être confondue avec l'autre par le système sanguin et par le canal digestif : c'est la répétition de ce mode d'union que nous allons retrouver sur celui-ci. Nous allons voir les artères et les veines de l'un se joindre aux veines et aux artères de l'autre, le canal intestinal de la partie anormale s'aboucher dans le canal intestinal de l'être régulier; enfin nous allons trouver encore les ouraques et les artères ombilicales réunies en définitive dans un cordon ombilical unique, et de cette manière ramener en quelque sorte à l'unité ces deux individualités organiques.

Si nous faisons de ce tronc commun des deux êtres, le point de départ de la description des parties anormales, nous trouvons qu'à leur point de jonction avec l'être régulier, le cordon ombilical se divisait en deux troncs : l'un, destiné au chien normal, offrant ses dispositions accoutumées, l'autre, beaucoup moins volumineux, pénétrant dans le train inférieur des parties sur-ajoutées. Celui-ci, que nous avons surtout intérêt à connaître, se composait de l'ouraque et de deux artères ombilicales beaucoup moins volumineuses que celles de l'autre cordon. L'artère ombilicale droite était plus grêle que la gauche. Il n'y avait pour les deux cordons qu'une seule veine ombilicale, laquelle se dirigeait vers le foie comme à son ordinaire.

Les artères iliaques sur lesquelles s'inséraient les ombilicales, se comportaient inférieurement comme dans le fœtus précédent; l'artère sacrée moyenne manquait, ou du moins sa ténuité ne nous a pas permis de la reconnaître. Supérieurement ces deux artères se réunissaient en un seul tronc, lequel, après avoir fourni une branche à l'intestin et une très-grêle à chaque rein, pénétrait dans l'intérieur de l'autre chien, se plaçait dans la cavité gau-

che de la poitrine entre la face interne du poumon et le bord externe du cœur; parvenu à la fin de la courbure aortique, il s'unissait à une autre branche provenant des pattes surnuméraires supérieures : cette dernière était l'artère sous-clavière de l'être anormal. Cette sous-clavière, assez longue, considérée de ce point, se dirigeait de bas en haut, allait rejoindre la partie supérieure du sternum, croisait la sous-clavière normale, et se plaçait en avant des deux humérus réunis; parvenue au milieu de ce qui correspond au bras, elle se divisait en deux branches, une pour chaque avant-bras des pattes.

La jonction de la sous-clavière et de la branche ascendante qui provenait du train inférieur, donnait naissance à un tronc commun très-court, lequel se joignait à l'aorte pectorale de l'être normal, à la fin de la courbure de la crosse et presque vis-à-vis l'insertion du canal artériel.

Les veines suivaient la direction des artères, et aboutissaient à l'oreillette droite par un tronc commun qui s'ouvrait un peu en-dedans de la veine cave inférieure.

Pour concevoir la distribution de la sous-clavière, il est nécessaire, avant de passer outre, de remarquer que les deux humérus étaient réunis en un seul os supérieurement, bifurqué inférieurement à son extrémité cubitale.

Le train inférieur se composait de deux os coxaux très-régulièrement développés; en arrière, il existait entre eux une dépression sensible provenant de l'absence du sacrum, qui manquait ainsi que le coccyx et le prolongement caudal. Les deux os coxaux étaient unis l'un à l'autre par un tissu fibreux très-dense. Dans le bassin, plus étroit qu'à l'ordinaire, mais comparativement plus large que chez l'hétéradelphe précédent, on remarquait la dilatation de l'ouraque correspondant à la vessie, qui s'ou-

vrait au-dehors par une ouverture assez large; en arrière, la fin de l'intestin qui communiquait dans le col de la vessie, et entre l'intestin et l'ouraque un petit corps pelotoné qui pouvait bien être l'utérus rudimentaire.

En outre, il y avait deux très-petits reins envoyant un petit filet qui correspondait à l'uretère vers l'ouraque. Ces reins étaient surmontés par un petit corps ovoïde, que nous considérons comme les capsules surrénales, quoique ce soit leur position plutôt que leur aspect qui fasse présumer cette analogie.

Du point de sa jonction avec la vessie, l'intestin remontait dans le bassin derrière l'ouraque; son volume égalait le gros intestin de l'autre chien, dans l'abdomen duquel il pénétrait à gauche, puis descendait l'espace de quelques lignes, et se terminait par un cœcum très-distinct pourvu d'une appendice cœcale. Il se rétrécissait ensuite, et s'abouchait vers le milieu de la portion iléale du canal alimentaire de l'autre chien. Celui-ci avait aussi son cœcum distinct, situé du côté droit, comme à l'ordinaire.

Quoiqu'en parlant du sujet auquel étaient réunies ces parties surnuméraires, nous l'ayons nommé sujet régulier ou normal, nous devons observer qu'indépendamment de ces deux cœcums, il offrait encore une variété de la crosse de l'aorte qui nous paraît étrangère à l'hétéradelphie. Cette artère s'élevait d'abord comme de coutume du ventricule gauche, et se portait aussitôt de droite à gauche; elle produisait immédiatement un tronc volumineux unique qui s'élevait verticalement l'espace de deux lignes, puis se divisait en trois branches, deux ascendantes, séparées l'une de l'autre par la trachée-artère; c'étaient les carotides primitives. La troisième latérale était la sous-clavière droite. Ce tronc était donc l'artère brachio-céphalique, fournissant de plus qu'à l'ordinaire

la carotide gauche. Après avoir produit ou reçu le tronc brachio-céphalique, la crosse se dirigeait à gauche, donnait naissance à la sous-clavière de ce côté, puis à la terminaison de sa courbure elle recevait le tronc des parties insolites, ainsi que nous l'avons déjà remarqué.

Hétéradelphe bi-trachéal. — Le plus intéressant des trois hétéradelphes dont la description nous occupe, est celui que j'ai nommé bi-trachéal, parce que la double trachée-artère et les doubles poumons étaient l'anomalie la plus remarquable du plus grand des deux êtres réunis. Cet hétéradelphe était un chat au terme ordinaire de la naissance; la monstruosité consistait, comme dans le précédent, en un fœtus acéphale accolé par la poitrine et l'abdomen à un autre fœtus beaucoup plus fort, et qui extérieurement paraissait parfaitement régulier. Cette jonction s'opérait encore face à face des parties des deux êtres.

Les parties surnuméraires consistaient en un train antérieur et un train postérieur. Le train antérieur, plus développé que chez celui que nous venons de décrire, se composait des deux extrémités très-distinctes, et d'une pièce osseuse, triangulaire, qui leur servait de moyen d'union. Au premier aperçu, cette pièce rappelait la partie supérieure du sternum; mais la direction des membres correspondant à leur partie postérieure, montrait que ce ne pouvait être cette partie. En l'examinant avec soin, on reconnaissait que c'étaient manifestement les deux scapulums, qui n'étant plus séparés par les côtes, s'étaient adossés et enfin réunis complètement de manière à ne plus former qu'une pièce unique. A l'extrémité du grand diamètre de cette pièce, on voyait la cavité glénoïde dans laquelle venait se loger la petite tête de chaque humérus, assujettie, comme à l'ordinaire, par des ligamens dont la ténuité était en rapport avec l'exiguité des

parties. Du haut de cette pièce s'élevaient des muscles qui allaient se porter et s'unir aux muscles de la région cervicale de l'autre fœtus.

Le train inférieur se composait des deux cuisses et de deux os coxaux assez régulièrement développés ; le sacrum manquait encore comme dans les deux précédens ; un tissu fibreux le remplaçait, ou plutôt unissait les deux os coxaux en arrière ; le bassin était singulièrement rétréci par cette absence, et il paraissait avoir deux symphises pubiennes, à cause du rapprochement en arrière comme en devant des deux os qui le constituaient. Le coccyx manquait aussi, et il n'y avait aucun vestige de queue, nul vestige d'ouverture anale, ni des organes génitaux et de la vessie. Sous ce rapport, il se rapprochait plus du premier que du second.

Il est à remarquer encore que ces deux êtres étaient ramenés à l'unité par un seul cordon ombilical, qui, de même que chez les autres hétéradelphes, se divisait en deux au point de jonction des deux êtres. De ces deux cordons, le plus volumineux se dirigeait vers le grand fœtus, et se composait de l'ouraque et de deux artères ombilicales, dont la disposition se faisait comme à l'ordinaire. L'autre, plus petit, ne présentait que l'ouraque et l'artère ombilicale gauche ; l'artère ombilicale droite manquait. Cette absence de l'artère ombilicale droite est curieuse, en ce que elle se rapproche de la disposition normale de cette partie chez les oiseaux ; on sait, en effet, que, dans cette classe, l'artère ombilicale gauche est toujours plus volumineuse que la droite ; quelquefois même cette dernière est si petite, qu'on pourrait croire à son absence sans un examen attentif. Cette remarque, qui d'abord a été faite par Malpighi, a été constatée par Haller, par M. Dutrochet, M. Meckel, et la plupart des anatomistes qui, dans ces derniers temps, ont suivi avec attention les phases de l'incubation de l'œuf.

Afin de mieux faire ressortir le mode d'union du système artériel des deux fœtus, nous allons le prendre à sa sortie du cœur et le suivre dans tous ses rapports avec les parties surnuméraires.

De la base du ventricule gauche s'élevait l'aorte, dirigée d'abord verticalement en haut dans l'espace de deux lignes; elle se divisait ensuite en deux troncs principaux, l'un droit, l'autre gauche, ce qui lui donnait la disposition de la lettre T. Le tronc gauche, destiné à produire l'aorte normale, se courbait comme à l'ordinaire, et ne produisait avant sa courbure qu'une seule branche, l'artère sous-clavière gauche, qui se distribuait au membre supérieur du même côté du grand fœtus. Le tronc droit, dirigé en sens inverse du précédent, fournissait d'abord une branche unique qui s'élevait entre les deux trachées-artères l'espace d'une ligne et demie, puis fournissait les deux carotides primitives destinées à la tête du grand fœtus. Ces deux branches produites, le tronc passait derrière la veine cave supérieure, et donnait naissance à une longue artère anormale destinée au fœtus acéphale. Cette artère peut, jusqu'à un certain point, être considérée comme une seconde aorte, quoiqu'elle ne produisît ni intercostales, ni cœliaques, etc. La sous-clavière droite du plus grand des deux êtres n'en provenait point; elle naissait de l'aorte pectorale gauche, passait derrière la trachée-artère droite, et allait ensuite se répandre dans l'extrémité supérieure droite du grand chat.

Il résulte de là que ce commencement de l'aorte offrait une disposition assez singulière; d'une part, elle fournissait des troncs tout-à-fait insolites, et de l'autre, elle ne produisait pas ceux qui en proviennent ordinairement.

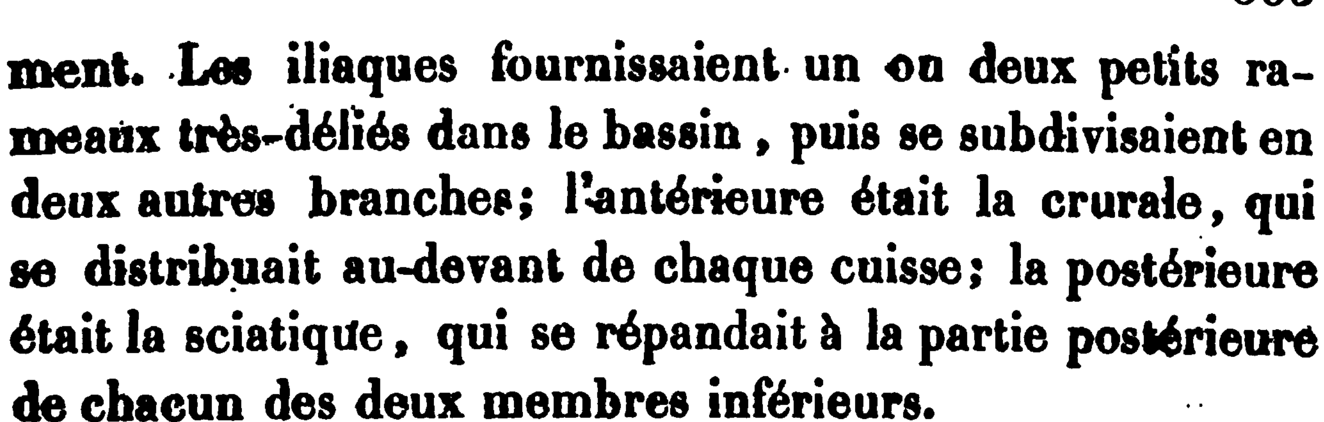
Dégagée de derrière la veine cave supérieure, l'aorte insolite donnait naissance à deux troncs; d'abord à l'artère sous-clavière droite, puis à la sous-clavière gauche.

Ces deux artères se portaient dans le train supérieur de l'acéphale, dans lequel elles se distribuaient. Elles fournissaient en outre plusieurs petites branches qui se distribuaient aux muscles qui s'élevaient des deux scapulums réunis.

Après que l'aorte insolite avait fourni les vaisseaux destinés au train supérieur, elle longeait le côté droit du cœur, placée entre cet organe et les poumons qui remplissaient le côté droit de la poitrine. Arrivée à la base de cette cavité elle en sortait par une ouverture située à droite de l'appendice xiphoïde, immédiatement au-dessus du diaphragme; elle se dirigeait ensuite vers le train inférieur.

La portion pectorale de cette artère ne fournissait aucune branche jusqu'à deux lignes avant sa sortie de la poitrine. En cet endroit, il en naissait un rameau qui pénétrait dans le foie un peu à droite de la veine cave inférieure. Je n'ai pu déterminer quelle était cette artère que j'ai plusieurs fois rencontrée dans les hypergénésies.

Cette branche produite, l'artère sortait de la poitrine, et ne fournissait aucune branche jusqu'à quatre lignes avant d'arriver dans le bassin de l'acéphale. Parvenue là, elle donnait deux petits rameaux, un droit, l'autre gauche, qui, chacun de leur côté, pénétraient dans le rein. L'aorte insolite fournissait ensuite l'artère ombilicale gauche, laquelle passait au-devant de l'intestin, et allait se placer au côté gauche de l'ouraque du plus petit des deux cordons ombilicaux. Après avoir fourni les rénales et cette ombilicale unique, l'aorte, arrivée dans le petit bassin de l'acéphale, se divisait en deux branches, l'une l'iliaque droite, l'autre l'iliaque gauche. A l'endroit de cette bifurcation, il n'y avait aucun rameau artériel; par conséquent l'artère sacrée moyenne manquait complète-



ment. Les iliaques fournissaient un ou deux petits rameaux très-déliés dans le bassin, puis se subdivisaient en deux autres branches; l'antérieure était la crurale, qui se distribuait au-devant de chaque cuisse; la postérieure était la sciatique, qui se répandait à la partie postérieure de chacun des deux membres inférieurs.

Le système veineux du train supérieur était formé de deux branches, une pour chaque patte; ces branches se réunissaient en un seul tronc, qui allait rejoindre la veine cave supérieure du grand fœtus, et s'insérait dans cette veine vis-à-vis de la sous-clavière gauche, et un peu au-dessous de la sous-clavière droite du plus grand des deux chats. Je n'ai pu retrouver le système veineux du train inférieur; ce monstre ayant été travaillé avant de m'être remis, cette partie, ainsi que la veine ombilicale, auront vraisemblablement été coupées lors de l'ouverture de l'abdomen.

Dans le très-petit bassin du fœtus acéphale, rétréci encore par l'absence du sacrum, on remarquait la terminaison de l'ouraque et la fin de l'intestin anormal. L'ouraque, très-grêle, sans dilatation qui pût correspondre aux rudimens de la vessie, se portait directement dans le cordon ombilical, s'adossait ensuite à l'artère ombilicale, et formait avec elle le cordon social des parties surnuméraires. L'intestin, très-volumineux, eu égard surtout à l'exiguité des autres parties, s'élevait du bassin; puis, après un trajet de cinq à six lignes, il entrait dans l'abdomen de l'autre fœtus, se plaçait au-dessous du foie, et descendait ensuite dans la fosse iliaque droite, où il s'arrêtait; une appendice cœcale courte indiquait sa terminaison. Après cette appendice, l'intestin se rétrécissait beaucoup; il remontait de nouveau jusqu'au-dessous du foie, en faisant deux ou trois circonvolutions, descendait ensuite, se dirigeait horizontalement vers la

ligne médiane, où il s'abouchait au tiers inférieur de l'iléon de l'intestin du grand chat. Celui-ci, après un court trajet, se plaçait dans la fosse iliaque gauche, où se trouvait le cœcum normal avec son appendice. Cette position du cœcum dans le lieu que doit occuper l'S iliaque du colon, rendait très-court le gros intestin du grand chat, qui n'avait guère que trois ou quatre lignes de plus que le gros intestin de l'acéphale. On conçoit, en effet, que de la fosse iliaque gauche au coccyx, le trajet étant très-court, le gros intestin ne saurait, dans ce cas, avoir sa longueur ordinaire. Aussi est-ce un fait général, dans les hypergénésies, que la brièveté du gros intestin, toutes les fois que, dans les nouveaux rapports que fait intervenir la présence d'un intestin insolite, le cœcum de l'être normal se trouve déjeté dans la fosse iliaque gauche.

Or, le cœcum se trouve déjeté dans la fosse iliaque gauche toutes les fois que l'être irrégulier se trouve joint à l'être normal par le côté droit de ce dernier.

L'intestin et l'ouraque étaient imperforés à leur terminaison; il n'y avait ni ouverture anale, ni ouverture pour la vessie; les organes génitaux manquaient complètement; les reins étaient au contraire très-prononcés, arrondis, adossés au côté de l'artère avant sa bifurcation; ils envoyaient à l'ouraque un uretère d'une ténuité qui le rendait presque imperceptible. Il n'y avait pas de vestige des capsules surrénales. Tel était l'état viscéral du petit acéphale.

Son système nerveux était plus curieux, peut-être, que tout ce que nous avons déjà exposé de cette organisation insolite. Il consistait en deux ganglions situés l'un sur le devant des deux scapulums réunis, l'autre sur la partie moyenne du petit bassin. Entre eux se trouvait un filet nerveux de communication, qui du ganglion supé-

rieur se rendait à l'intérieur, *et vice versâ*; de telle sorte que quelque réduit, quelque imparfait que parût ce système, il formait néanmoins un tout unique.

Au ganglion supérieur venaient aboutir les petits filets nerveux du train supérieur; au ganglion inférieur se rendaient le nerf crural, le sciatique, et plusieurs petits rameaux provenant des organes du bassin. Le filet de communication, étendu de l'un à l'autre, était renfermé dans une gaine membraneuse avec laquelle il ne contractait aucune union. Le ganglion supérieur, l'inférieur et leur nerf de jonction, étaient isolés dans le petit acéphale; ils n'envoyaient ni ne recevaient aucune branche de l'autre fœtus; c'était un système nerveux développé à part avec des conditions tout-à-fait extraordinaires; extraordinaires en ce que, d'une part, il n'y avait ni cerveau ni moelle épinière qui pût lui donner naissance, comme on le supposait avant mes travaux; et que de l'autre il nous montre chez un vertébré l'axe nerveux central constitué par deux ganglions unis entre eux par un filet intermédiaire.

Si on considérait à part ce système, jamais on ne croirait qu'il provient d'un vertébré, quelque descendu qu'on le suppose dans l'échelle animale. Nos anciennes idées sur la formation du tissu nerveux nous ont tellement accoutumés à ne jamais le séparer du cerveau et de la moelle épinière, que lorsque ces parties centrales manquent complètement, nous nous empressons de supposer qu'elles n'en ont pas moins existé, et aussitôt, pour soutenir cette supposition, nous imaginons une maladie qui a dû le détruire. Observez que cette maladie qui a détruit la moelle épinière et le cerveau, qui doivent servir de racine ou de matrice à tous les nerfs, a néanmoins tellement respecté ceux-ci, que dans les acéphalies et les amiélies on les rencontre le plus

souvent plus volumineux et mieux nourris que dans les sujets les mieux constitués.

Ici toutefois nous n'avons pas même la ressource de recourir à ces diverses suppositions; nous avons un système nerveux central et un système nerveux excentrique. A la vérité, le système nerveux central ne ressemble en rien à celui des vertébrés; mais débarrassés du conflit des hypothèses, nous sommes malgré nous conduits au système nerveux des invertébrés, pour lui trouver un équivalent. Chacun sait en effet que chez les invertébrés, l'axe nerveux est constitué par une série de ganglions unis entr'eux par des filets intermédiaires, de la même manière que cela a lieu sur notre acéphale. Notre acéphale est donc un invertébré sous le rapport de ce système. Je me borne à cette détermination; les conséquences sont faciles à déduire.

Des trois sujets auxquels étaient sur-ajoutées les parties surnuméraires, le premier était régulier, le second offrait une anomalie de la crosse de l'aorte, le troisième et dernier présentait des irrégularités organiques plus nombreuses et d'autant plus remarquables qu'extérieurement le fœtus paraissait parfaitement régulier.

D'abord, il y avait deux paires de poumons, un dans la cavité droite, l'autre dans la cavité gauche de la poitrine; chaque paire de poumons avait sa trachée-artère distincte, bifurquée avant de pénétrer dans l'organe, remontant ensuite le long du col, et se plaçant à droite et à gauche de l'œsophage qui était unique. La trachée-artère gauche, un peu plus longue que la droite, se terminait à un larynx bien constitué. Elle paraissait appartenir au plus grand des deux chats, quoique les poumons gauches, dont un était logé derrière le cœur, fussent moins volumineux que les poumons droits. La trachée-artère de ceux-ci se terminait par un larynx plus

petit que l'autre, et situé au bas du pharynx, dont le haut était en rapport avec le larynx gauche. Chaque larynx communiquait isolément dans la cavité pharyngienne. Le pharynx était beaucoup plus large qu'à l'ordinaire ; il offrait trois ouvertures, deux laryngées, et la moyenne œsophagienne. Je n'ai pu trouver les nerfs pneumo-gastriques.

La langue était unique, le voile du palais était bifide, les os qui le cloisonnent ordinairement très-écartés l'un de l'autre, formaient un large hiatus à la place que doit occuper la voûte palatine; à gauche de cet hiatus se voyait l'ouverture ordinaire de la trompe d'Eustachi ; à droite, cette ouverture était remplacée par une large scissure qui pénétrait dans l'oreille moyenne ; les organes des sens étaient du reste parfaitement bien constitués.

Si les poumons et la trachée-artère du côté droit doivent être considérés comme appartenant au fœtus acéphale ; nous devons faire remarquer que ces parties n'avaient avec lui aucune communication directe et immédiate, circonstance qui prouve le mode de formation isolée des divers systèmes organiques, comme je l'ai exposé dans un autre ouvrage : nous devons faire remarquer aussi que les artères carotides du grand chat provenaient de l'aorte anormale de l'acéphale, de telle sorte que si nous voulions expliquer ce fait d'après le développement centrifuge, il faudrait supposer que la tête appartient au fœtus acéphale, tandis que le grand chat n'aurait point de tête, son aorte propre ne produisant que les deux sous-clavières supérieures. Or, tandis que l'aorte de l'acéphale fournit les carotides, les sous-clavières du grand sujet produisent les vertébrales, de telle sorte encore que l'encéphale serait un produit du mélange des deux êtres, car tandis que le cerveau appartiendrait aux parties surnuméraires, le cervelet serait incontestable-

ment le produit du grand fœtus. Sans doute de telles associations seraient bizarres et singulières, mais en tout cela il n'y a de singulier que notre manière d'interpréter le fait : admettez que les artères se forment dans les organes comme les nerfs, et qu'elles convergent ensuite de même que ceux-ci vers un centre commun qui sera le cœur et l'aorte, et vous verrez tout ce merveilleux s'évanouir; vous le réduirez à une simple anomalie de la courbure aortique, dont l'hétéradelphe précédent nous a fourni un exemple, anomalie en tout semblable à celles que le cadavre de l'homme adulte nous offre si fréquemment. Tout est simple dans la nature, quand nos explications ne compliquent pas ses œuvres.

Je termine ici la partie descriptive des trois hétéradelphes; je l'ai entreprise pour fournir quelques lumières à l'art chirurgical, dans le cas où l'on se déciderait à tenter une opération pour enlever à un hétéradelphe les parties surnuméraires qui lui paraissent surajoutées. Nos vues hypothétiques faisaient supposer que ces parties, simplement juxta-posées sur un autre individu, lui étaient d'ailleurs tout-à-fait étrangères; l'observation vient au contraire de nous montrer qu'elles lui étaient intimement liées, et que cette union s'effectuait intérieurement par le système sanguin et par le canal alimentaire, organes immédiats de la nutrition. La conséquence qui découle de ces faits, c'est qu'une telle opération serait des plus compliquées, et offrirait pour ses suites toutes les chances d'insuccès qui se rencontrent dans celles que l'on pratique dans le voisinage de l'abdomen.

Corollaires anatomiques et physiologiques. — Depuis quelques années la physiologie a enfin compris tout l'intérêt que lui promettait l'étude des monstres, qui, au premier aperçu, semblent violer l'ordre commun, et qui plus que les êtres réguliers décèlent au contraire l'ordre

général. Leur fréquence dans tous les temps a fait imaginer une infinité d'hypothèses pour les expliquer, mais il s'en faut bien qu'on ait mis autant de soin et d'activité à déterminer les conditions et la nature du problême de la monstruosité, qu'on a fait d'efforts pour le résoudre; et peut-être cette négligence dans la fixation des bases et des termes même de la question a-t-elle été une des causes qui ont rendu si malheureuses jusqu'à ces derniers temps la plupart de ces solutions.

Je veux dire qu'on ne s'est occupé que fort tard de beaucoup de questions partielles auxquelles il aurait fallu pouvoir répondre avant d'essayer ses forces sur ce grand problême.

Ce sont ces questions partielles qui m'ont beaucoup occupé dans l'ouvrage que j'ai présenté en 1825 à l'Académie des sciences, et dont ce Mémoire est un fragment. J'ai examiné dans les cas nombreux que j'ai disséqués, 1.° dans quelles conditions absolues et relatives se trouvaient les parties déformées, déplacées, avortées, ou dont l'absence complète constituait la monstruosité.

2.° Dans quelles conditions absolues et relatives se trouvaient les organes surnuméraires, ou les êtres surnuméraires qui doublent en totalité ou en partie l'organisation d'un être normal.

5.° J'ai cherché à déterminer les caractères généraux de la monstruosité, le siège qu'elles occupent sur les divers appareils, leurs rapports quant elles sont multiples, leurs corrélations quand elles siègent en même temps sur divers systèmes organiques. Je suis ainsi arrivé à ce résultat final, que les mêmes lois qui président à la formation des organes président également à leurs déformations; conclusion directement opposée à celle de M. Mec-

kel, qui admet un *nisus formativus* spécial pour les organisations irrégulières (1).

4.° Je me suis occupé de la délimitation des monstruosités, afin d'apprécier les limites dans lesquelles elles sont circonscrites. J'ai fait voir qu'il était un point de l'organisation où elle ne descendait jamais, et un autre qu'elle ne pouvait jamais franchir.

5.° Ce *minimum* et ce *maximum* de la monstruosité déterminé, j'ai recherché comment et pourquoi la monstruosité nous reproduit les organisations des animaux inférieurs, et sur quelle partie des appareils organiques s'effectue cette singulière reproduction. J'ai recherché jusqu'où elle s'étend dans les dégradations organiques, sans que l'être qui en est atteint dépose ses caractères classiques.

6.° J'ai montré sous ce rapport l'indépendance de formation des appareils organiques, la dégradation des uns n'empêchant pas les autres de parcourir la série de leurs évolutions, et d'atteindre leur degré de perfection ordinaire.

7.° Enfin, cherchant un rapport général et commun à ces aberrations diverses des organes, j'ai cru l'avoir trouvé dans le système sanguin, l'un des systèmes fondamentaux de l'organisation.

Cette dernière partie de mon travail ayant plus particulièrement fixé l'attention de M. le baron Cuvier, je ne puis en donner une meilleure idée qu'en transcrivant l'analyse succincte que cet anatomiste en a donnée.

« Ces travaux de M. Geoffroy-Saint-Hilaire s'appliquent particulièrement à la classe des *monstres par défaut*. M. le docteur Serres, dans un ouvrage intitulé : *Anato-*

---

(1)........ Ut potius ex nisu tali ortum trahere videantur. *Descriptio monstr. nonnullorum*, pag. 68.

mie comparée des monstruosités animales, embrasse aussi ceux que l'on nomme *monstres par excès*. La durée de leur vie est généralement plus grande que celle des monstres par défaut; plusieurs ont même vécu âge d'homme.

» La comparaison des monstres de tout genre a conduit M. Serres à ce résultat général, que les monstruosités semblables coïncident toujours avec des dispositions semblables du système sanguin.

» Ainsi les acéphales complets sont privés de cœur; les anencéphales, de carotides internes; ceux qui n'ont pas d'extrémités postérieures, n'ont pas d'artères fémorales; et ceux qui manquent d'extrémités antérieures manquent aussi d'artères axillaires; il y a une double aorte descendante dans les monstres doubles par en bas, et une double aorte ascendante dans ceux qui le sont par en haut.

» M. Serres assure même que les parties surnuméraires, quelle que soit leur position à la périphérie du corps, doivent toujours naissance à l'artère propre à l'organe qu'elles doublent; qu'une patte antérieure surajoutée, par exemple, sortît-elle au-dessous du menton, reçoit une artère axillaire qui rampe sous la peau du cou pour aller vivifier ce membre insolite.

» Il n'a trouvé aucune exception à cette règle dans les nombreuses monstruosités dont il fait la description, et elle fait que ces sortes d'anomalies sont restreintes dans certaines limites : une tête, par exemple, ne se verra jamais implantée sur le sacrum, parce que ce trajet serait trop long et trop embarrassé pour les carotides ou les vertèbres surnuméraires.

» Il en résulte aussi que ces organes surnuméraires ne peuvent être que des répétitions plus ou moins exactes des parties propres à l'animal dans lequel on les observe; qu'un monstre humain n'aura pas en plus des pieds de

ruminant ou d'oiseau, et réciproquement; en un mot, que des personnes peu versées dans les connaissances anatomiques ont seules pu croire retrouver dans un monstre la combinaison des parties propres à diverses classes ou à diverses espèces.

» On sent qu'il reste toujours à se demander pourquoi les artères se multiplient. Mais si l'ouvrage de M. Serres ne répond pas à cette question, il n'en présente pas moins un grand nombre de faits étudiés avec soin, et classés sous des *lois* qui concourent à mettre de l'ordre dans une matière dont on ne s'était pas occupé encore avec tant de méthode » (1).

Cela posé, il devient facile de faire aux hétéradelphes l'application des règles qui les concernent, ou plutôt de leur restituer la part qu'ils ont apportée dans ces généralités; car dans une véritable théorie, c'est un échange réciproque des faits aux principes et des principes aux faits.

Ainsi, la théorie et le fait s'accordent pour montrer dans l'hétéradelphe de la Pitié une double aorte abdominale, dont l'une correspond au sujet régulier, et l'insolite au bassin et aux membres inférieurs sur-ajoutés.

Ainsi, les faits et la théorie s'accordent pour montrer sur l'hétéradelphe de Lalande et sur le bi-trachéal une aorte pectorale insolite, pour les doubles extrémités insolites qui constituent l'hétéradelphie.

---

(1) *Analyse des travaux de l'Académie royale des Sciences pendant l'année* 1825. *Partie physique*, pag. 33, 34.

M. le professeur Geoffroy-Saint-Hilaire ayant également fait à l'Académie des Sciences un rapport sur cet ouvrage, qui se trouve imprimé dans le *Recueil du Muséum d'histoire naturelle*, j'y renvoie le lecteur pour prendre une idée exacte de l'ensemble de mon travail.

Dans le premier cas, il n'y a que l'artère propre aux extrémités inférieures, l'hétéradelphie est constituée par ces seules extrémités.

Dans les deux autres, l'aorte insolite se bifurque, produit d'une part les axillaires, de l'autre l'aorte abdominale, et il y a à la fois des extrémités supérieures et inférieures surnuméraires.

Il n'y a avec ces doubles extrémités nulle apparence de tête, et en même temps aussi il n'y a nulle apparence des artères qui constituent l'aorte ascendante.

Sur les trois hétéradelphes, l'artère sacrée manque; sur tous les trois, il n'y a pas de sacrum; sur aucun d'eux, il n'y a nulle apparence, nul vestige de coccyx et de prolongement caudal.

La présence des membres surnuméraires est donc en rapport avec les artères propres qui leur correspondent.

L'absence de la tête, de la queue et du sacrum, sont donc en rapport avec l'absence de l'artère sacrée moyenne. Ces faits se lient, se suivent, se coordonnent.

La position qu'affectent constamment les parties surnuméraires à l'égard de l'être auquel elles sont sur-ajoutées, est également subordonnée, et pour ainsi dire, commandée par ces rapports du système sanguin.

Les deux êtres se correspondent toujours face à face, et si l'on réfléchit à la position de l'aorte, on verra qu'il est impossible que cette correspondance, que cette union s'effectue autrement qu'elle ne se fait.

Des axillaires insolites, provenant de parties sur-ajoutées, sont de toute nécessité obligées de pénétrer par le haut, le bas, et le milieu du sternum, pour aller rejoindre le commencement de l'aorte. Aussi est-ce toujours, ou presque toujours (1), contre ces points du thorax que

(1) Je dis presque toujours, parce qu'il y a quelques cas où

viennent s'appliquer les membres supérieurs sur-ajoutés.

La position du bassin et des membres inférieurs est encore plus invariablement déterminée que celle des membres supérieurs. Cette position de rigueur est nécessitée par le cordon ombilical insolite qui correspond au train inférieur sur-ajouté, et par sa liaison avec le cordon du sujet contre lequel il est appliqué.

On a vu, en effet, dans les trois cas que nous venons de décrire, qu'il n'y avait qu'un cordon ombilical unique pour les deux individus; qu'arrivé au point de jonction, ce cordon se bifurquait au moment où il allait pénétrer dans l'abdomen de l'être régulier; le point de cette bifurcation est donc et doit être le lieu de réunion du train inférieur de l'hétéradelphie.

Aussi voit-on la jonction s'opérer en cet endroit sur nos trois hétéradelphes; il en est de même dans le cas rapporté par Sandifort (1), dans celui décrit par Brossillon (2), dans un autre figuré par Buxfort (3), dans un quatrième de Riedel et Anderson, qui se trouve dans les *Transactions philosophiques* (4); ces divers hétéradelphes étant, comme celui de la Pitié, constitués par un train inférieur unique, appliqué ou sortant, comme le disent quelquefois les auteurs, de la région ombilicale du sujet normal. Tous ces monstres se correspondaient ventre à ventre, ou ombilic à ombilic, et vraisemblable-

---

l'artère axillaire se bifurque après son passage entre les muscles scalènes.

(1) *Museum anatomicum*, tom. I.er, pag. 102; tom. II, pl. 125, 126.

(2) *Journal-général de Médecine*, tom. III, pag. 35.

(3) *In Act. helvetico*, tom. VII, pag. 101.

(4) Tom. LXXIX, pag. 1.re, N.o 14.

ment chez tous une artère insolite allait se porter sur l'aorte abdominale du sujet régulier.

Si l'on réunit maintenant le mode de jonction selon lequel doit s'opérer ces extrémités supérieures et inférieures sur-ajoutées, on verra pourquoi, lorsque l'hétéradelphie est constituée par un acéphale, c'est toujours face à face qu'ils se correspondent, et pourquoi toujours aussi la jonction s'opère en haut de l'abdomen d'une part, et en bas ou au milieu de la poitrine de l'autre.

C'était le cas de l'hétéradelphe de Lalande, du bitrachéal, de celui de Canton, de l'hétéradelphe de Bénais, de celui dont parle Montaigne dans ses *Essais* (1), de ceux de Walter (2), de Dieterich (3) et de Licétus (4). Dans tous ces cas, un acéphale plus ou moins irrégulier adhérait face à face à la poitrine et au haut de l'abdomen d'un autre sujet assez régulièrement développé.

Cette position constante n'est donc point un effet du hasard, elle est déterminée par l'organisation de ces monstres d'une manière aussi rigoureuse que sont déterminées, dans les organisations régulières, la position de la tête, de la queue, et des membres antérieurs et postérieurs. Ce qui en apparence nous paraît désordonné, rentre donc dans l'ordre général et commun des êtres organisés.

Il en est de même de la jonction du canal intestinal; tout le monde sait que les instestins sont contenus primitivement dans le cordon ombilical; or, ce cordon étant unique pour les deux êtres, il est vraisemblable que

---

(1) *Essais*, lib. II, ch. 30.

(2) *Thesaurus obs. medico-chirurg.*, N.° 19.

(3) *Halleri Dissert.*, tom. I.er, pag. 667.

(4) *Fortunius Licetus de monstris, ex recensione Gerardi Blasii*, pag. 82.

c'est pendant le temps qu'ils sont ainsi renfermés dans le pédicule des deux individus, que s'opère la liaison si intime des deux conduits alimentaires. Cette liaison existait, et de la même manière, sur nos trois hétéradelphes; elle existe aussi dans dix ou douze cas que j'ai fait représenter dans mon ouvrage sur des monstres doubles inférieurement. L'exemple rapporté par Brossillon fait néanmoins exception à cette règle; chez cet *hétéradelphe de Tours*, l'extrémité de son intestin, qui pénétrait dans l'abdomen du sujet, restait flottante entre le péritoine et les muscles droits; cette extrémité était fermée, mais sans nulle communication avec le canal alimentaire normal (1). Chaque partie du canal intestinal avait son cœcum à part, son diverticule cœcal distinct; chez aucun des trois, je n'ai trouvé de diverticule à l'iléon. Ces observations sont

(1) *Journal-général de Médecine*, tom. III, pag. 36 et 37. — Une erreur relative à ce monstre, commise par M. Plouquet, dans son ouvrage sur la *Littérature médicale*, tom. II, pag. 127, a donné lieu à une objection que l'on a faite à ma théorie sur la monstruosité. Plouquet s'exprime ainsi, Brossillon, *in Journal de Medecine*, tom III, pag. 35 (*caput alterum in regione epigastrica*) : « Voilà, disait-on, un fait positif qui infirme complètement les vues de M. Serres, car si une tête sort de la région épigastrique, pourquoi ne descendrait-elle pas dans le bassin ? pourquoi ne sortirait-elle pas du sacrum? Il n'y a pas d'objection contre un fait?.... » Non, sans doute, si le fait est exact; or, quand je vérifiai le fait dans l'observation même du chirurgien de Tours, il se trouva non-seulement que le fœtus surnuméraire était complètement acéphale, mais même qu'il était privé de membres supérieurs; le train inférieur constituait seul la monstruosité. Cette prétendue tête qui sortait de la région épigastrique n'était qu'une méprise de M. Plouquet. Pour éviter une discussion aussi ridicule que celle de la *dent d'or*, je me bornai à renvoyer le critique au Journal même où Broussillon avait consigné son observation.

curieuses relativement à la discussion qui s'est élevée entre MM. Odken et Meckel à l'égard de la *signification* de ces diverticules; car il est évident qu'un si petit canal intestinal que celui des hétéradelphes étant pourvu de cœcum et de son appendice, ces derniers organes doivent avoir avec la vésicule ombilicale des rapports plus constans que ne le pense M. Meckel.

Chez nos trois hétéradelphes, l'extrémité anale du canal intestinal était oblitérée; elle était oblitérée aussi chez l'hétéradelphe de Tours, chez celui de la Chine, chez celui de Benais, ainsi que sur l'hétéradelphe de Sandifort. Cette imperfection de la fin du rectum est-elle liée à l'absence du sacrum et du coccyx? Y a-t-il quelque rapport avec l'absence de l'artère sacrée moyenne? On sera porté à pencher pour l'affirmative, si l'on observe qu'à côté de cette imperforation constante de l'anus, il est arrivé souvent que la vessie était ouverte au-dehors, et donnait issue à l'urine par l'ouverture de l'urètre; ce qui existait chez l'hétéradelphe de Lalande, chez celui de Tours, chez celui de la Chine, de même que sur celui de Benais. Enfin nos hétéradelphes n'avaient ni organes génitaux ni capsules surrénales.

Après ces questions partielles d'organogénie, il en est une d'un intérêt plus général, sur laquelle l'organisation des hétéradelphes peut jeter quelques lumières, c'est celle qui concerne le rapport de formation de la colonne vertébrale et des membres.

Chez tous les embryons, de même que dans la série des animaux, les membres n'apparaissent qu'après le tronc; cette vérité, connue d'Aristote et de Galien, a reçu dans ces derniers temps un développement nouveau. En constatant le fait, on a cherché à reconnaître le changement qui survenait chez l'animal lors de l'apparition des membres, et on a trouvé que le plus remarquable portait

sur la diminution en longueur de la colonne vertébrale, et plus spécialement sur sa portion coccygienne. MM. Meckel et Heusinger ont particulièrement développé ce rapport, dont j'ai recherché la cause en montrant chez l'embryon humain et le têtard des batraciens, sa coïncidence avec la diminution de calibre de l'artère sacrée moyenne, et l'ascension dans l'étui vertébral du bulbe de terminaison de la moelle épinière. Cela étant, le développement des membres a paru s'effectuer aux dépens de la colonne vertébrale.

Mais on a été trop loin, et on a dépassé les conséquences qui se déduisent des faits, quand on a avancé que la colonne vertébrale était une condition indispensable à la formation des membres. Il n'y a pas de doute que dans les organisations normales, la manifestation des membres ne saurait être conçue sans celle du tronc. Ce dernier renfermant tous les organes de nutrition et de sensation, et l'être ne pouvant exister sans eux, un animal réduit pour subsister à ses seuls membres serait un être choquant toutes les lois de l'organisation actuelle. Mais suit-il de là que l'axe du tronc ou la colonne vertébrale soient la racine indispensable des membres ? Non sans doute, et ce qui le prouve, ce sont les cas qui nous occupent.

En effet, sur le premier de nos hétéradelphes, on trouve des membres inférieurs très-bien développés, les flancs du bassin même parfaitement constitués, et il n'existe nul vestige de la colonne vertébrale, nul vestige de sacrum et de coccyx, La colonne vertébrale, le sacrum et le coccyx ne sont donc pas des parties indispensables à la formation des membres inférieurs.

Les deux autres hétéradelphes sont plus remarquables encore à ce sujet, puisque les membres supérieurs, de même que les inférieurs, se sont très-bien développés sans la participation de la colonne vertébrale, du sacrum et du coccyx, qui manquaient complètement.

J'arguerai de la même manière contre l'origine du canal intestinal de la colonne vertébrale; cette opinion émise par Wolff, et que semble partager M. Meckel (1), est le résultat de l'hypothèse qui fait developper les organes du centre à la circonférence. Le centre venant à manquer, tout devait manquer d'après cette idée préconçue; tout être privé de colonne vertébrale, devait être privé de ses membres comme de son canal intestinal. Or, nos hétéradelphes sont précisément dans cette condition, et cependant ils ont tous des membres, et n'ont rien que des membres, et cependant tous ont un canal intestinal. Que conclure de ces faits? Dirons-nous que la nature s'est trompée; qu'elle s'est deviée tout exprès de ses lois ordinaires? Lui supposerons-nous deux ordres de lois, l'un pour les organisations régulières, l'autre pour celles qu'il nous plaît de caractériser d'irrégulières? Sans dire ni quelles sont ces lois qui agissent si bien d'une part, et si mal de l'autre; et pourquoi toutes ces suppositions, pour expliquer ce qu'attestent tous les faits d'organogénie; savoir, que les organes et les systèmes d'organes ne se développent point du centre à la circonférence, mais qu'ils se forment au contraire de la circonférence au centre.

Admettez ce principe et suivez en l'application dans l'organisation des hétéradelphes : vous verrez comment les membres peuvent se former, bien qu'il n'y ait ni sacrum, ni colonne vertébrale. Vous verrez comment le canal intestinal peut se développer indépendamment de l'axe central du tronc. Vous verrez enfin qu'il n'est pas nécessaire de la moelle épinière, pour que les nerfs des membres se manifestent, pour que leurs ganglions s'adossent et

---

(1) *Journal complém. du Dictionn. des Sciences médicales*, tom. II, page 290.

se réunissent, et reproduisent le type fondamental du système nerveux des invertébrés.

Ce qui paraissait absurde dans la première hypothèse, est donc la conséquence rigoureuse de la loi de formation excentrique.

Ce qui semblait protester contre la règle est donc la règle elle-même.

Dans ce désordre apparent, il n'y avait donc de réel que le désordre introduit par notre manière vicieuse d'interpréter la nature.

Tels sont les principes, ou, pour employer l'expression de M. le baron Cuvier, telles sont les lois auxquelles j'ai cherché à ramener les variations nombreuses de la monstruosité.

Quelques observations pour servir à l'histoire des maladies des enfans nouveau-nés; par J. Bouillaud, *D. M. P., agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, etc.*

La pathologie des enfans nouveau-nés est, sans contredit, le sujet qui réclame le plus impérieusement de nouvelles recherches. On conçoit néanmoins combien il serait important de connaître quelles sont les maladies qui peuvent affecter cette époque de l'existence, quelles sont les causes sous l'influence desquelles ces maladies se manifestent, quels sont les signes qui peuvent les faire reconnaître, et, enfin, quels sont les moyens de les guérir ou de les prévenir. Comme ce n'est qu'en rassemblant un grand nombre d'observations que l'on pourra parvenir à dissiper les obscurités qui règnent sur ce point de pathologie, nous allons consigner ici les faits

observés par nous, durant l'année 1822 que nous avons fait le service d'interne à l'hôpital Cochin (1). Sans doute ces faits sont trop peu nombreux pour pouvoir jeter une grande lumière sur l'histoire pathologique des nouveau-nés ; mais, dans l'état de pénurie où se trouve cette branche de la médecine, peut-être les observations suivantes ne seront-elles pas complètement dénuées d'intérêt.

Obs. I.[re] — *Enfant de cinq semaines. — Mauvais allaitement. — Vomissemens, dévoiement, puis contracture des membres, redressement du cou, cris continuels. — Injection rosée du gros intestin et de la portion splénique de l'estomac. — Congestion sanguine de l'encéphale.* — Le 3 juin 1822, furent reçus à l'hôpital Cochin, Rose Poirier, et son enfant âgé de cinq semaines. Cette femme avait du dévoiement; son ventre était tendu, douloureux; les membres inférieurs étaient œdémateux. Il existait en même temps une réaction fébrile assez prononcée. On conçoit que, dans cet état, elle ne pouvait fournir à son enfant qu'un lait de mauvaise nature, et, si l'on peut ainsi dire, malade. Aussi ce petit malheureux dépérissait-il chaque jour. Son visage était ridé, anxié; il se manifesta des vomissemens et du dévoiement vers les premiers jours de juillet; les rides du visage étaient aussi prononcées que chez les vieillards, les yeux saillans, les membres décharnés; l'enfant refusait le sein. Cependant les membres deviennent raides et contractés, les

---

(1) Il existe à l'hôpital Cochin une petite salle spécialement consacrée aux nourrices malades. Quand leurs maladies ne les empêchent pas de continuer l'allaitement, elles gardent avec elles leurs enfans. Dans le cas contraire, ceux-ci sont placés aux Enfans-trouvés pendant la durée de la maladie de leurs mères, et ils leur sont rendus aussitôt qu'elles sont guéries.

avant-bras sont fortement fléchis, le cou tendu; le petit malade qui, jusque-là, n'avait pas poussé le moindre cri, crie maintenant presque continuellement, autant que ses faibles forces le lui permettent. Il expire le 11 juillet, cinq semaines après son entrée.

Autopsie cadavérique. — Rigidité cadavérique très-grande. — *Organes encéphaliques.* — Arachnoïde et pie-mère d'un rouge foncé. En quelques endroits, cette dernière est comme infiltrée de sang (surtout sur l'hémisphère droit.) La convexité du cerveau offre une teinte d'un blanc-laiteux. La surface des ventricules est injectée. La substance médullaire présente une teinte rosée; la surface des incisions qu'on y pratique se couvre promptement de gouttelettes de sang. La substance cérébelleuse est d'une teinte moins rosée. D'ailleurs, toute la masse cérébrale est un peu molle. La protubérance annulaire, au contraire, est ferme, fibreuse, résistante. — *Organes respiratoires et circulatoires.* — Poumons rosés, un peu engorgés à leur partie postérieure, surnageant quand on les place dans l'eau. Ventricule gauche du cœur deux fois plus épais que le droit. Canal artériel volumineux, conservant son ouverture aortique. Trou botal fermé. — *Organes digestifs.* — Ganglions mésentériques très-nombreux, d'un gris-cendré, légèrement rosé, du volume d'une lentille, ni ramollis, ni endurcis. L'estomac contient du lait caillé. La portion splénique est d'un rouge-rose. L'intestin grêle est coloré en jaune par la bile qu'il renferme. Sa membrane muqueuse est, d'ailleurs, blanche dans toute son étendue. Le cœcum et le colon présentent, au contraire, une très-belle couleur rosée.

Réflexions. — La maladie de cet enfant, son dépérissement, nous paraissent dépendre de la mauvaise alimentation à laquelle il était condamné par suite de la maladie dont sa mère était affectée. Nous ne trouvons, pour ex-

pliquer le dévoiement et les vomissemens, qu'une injection rosée de la membrane muqueuse du gros intestin et de la portion splénique de celle de l'estomac. Quant à la raideur des membres, à la tension du cou et aux autres accidens qui survinrent dans les derniers jours, ils annonçaient une irritation encéphalique aiguë commençante, et l'on trouva effectivement la pulpe cérébrale injectée, piquetée de sang, la pie-mère d'un rouge-foncé, l'arachnoïde d'un blanc-laiteux, la surface des ventricules rouge et injectée.

Au résumé, nous voyons dans cette observation des rapports assez satisfaisans entre les symptômes et les altérations organiques. Peut-être quelques personnes ne trouveront-elles pas dans la rougeur et l'injection de la membrane muqueuse gastro-colique une preuve de la phlegmasie de cette membrane. Je conviens que la rougeur ne suffit pas toujours pour prouver l'existence d'une inflammation, et que, dans bien des cas, cette coloration est le résultat de la stase du sang pendant la vie, ou de la position déclive des parties qu'elle occupe. Mais dans le cas présent, on ne pouvait point regarder la rougeur comme dépendant de ce genre de causes : elle était donc inflammatoire. Au reste, la rougeur rosée, telle qu'elle existait ici, et dans quelques portions seulement des voies digestives, est bien rarement l'effet d'une congestion passive.

Obs. II.e — *Enfant de deux mois. — Mauvais allaitement. — Vomissemens, dévoiement, dépérissement. — Ramollissement blanc de la membrane muqueuse gastrique; couleur rosée, plaques elliptiques de l'intestin grêle. —Hypertrophie et ulcération commençante des follicules muqueux du gros intestin. Rougeur et légère tuméfaction des ganglions mésentériques.* — Chassel (Augustine), âgée de deux mois, fut reçue à l'hôpital Cochin, le 19 oc-

tobre 1822. Née d'une mère phthisique, et nourrie de son lait, cette petite, trois jours après sa naissance, éprouva des convulsions accompagnées d'une pâleur effrayante du visage. Aujourd'hui, languissante, chétive, elle crie souvent, vomit, et a du dévoiement. On la nourrit avec du lait et de la semouille. Le 24, on ne sent plus le pouls.... Mort à cinq heures du soir.

Autopsie cadavérique. — Marasme au dernier degré, presque pas de sang dans les réseaux capillaires extérieurs. — *Organes digestifs.* — Membrane muqueuse gastrique généralement assez blanche, ramollie, s'enlevant au moyen d'un léger raclement. Quelques circonvolutions intestinales sont distendues par la matière mêlée de bile qu'elles contiennent, d'autres sont vides et contractées. Leur membrane muqueuse est en général d'une couleur rosée. Elle est parsemée, principalement dans la portion voisine de la valvule iléo cœcale, de plaques pour la plupart elliptiques, à surface légèrement rugueuse, chagrinée, dépolie, pour ainsi dire, et assez analogues à des ulcérations en voie de cicatrisation. Les plaques qui se rencontrent tout près de la valvule offrent surtout cette ressemblance : leur surface est mamelonnée comme la membrane des bourgeons charnus des ulcères cutanés; leur circonférence est rouge. D'ailleurs, autour de ces plaques, la membrane muqueuse est blanche, peu injectée. Les vaisseaux qui serpentent entre les lames du mésentère sont très-apparens et d'une belle couleur rosée. Le gros intestin contient une matière crémeuse jaunâtre. La membrane muqueuse, légèrement rosée, est criblée, dans le cœcum et dans le colon ascendant, de points brunâtres. Ce sont des follicules muqueux *hypertrophiés*, dont les orifices sont agrandis ou même déjà ulcérés. Les ganglions mésentériques paraissent un peu plus gros et un peu plus rouges que dans l'état normal. — *Organes res-*

piratoires et circulatoires. — Poumons rosés, crépitans, parfaitement sains; membrane muqueuse bronchique d'une blancheur remarquable; cœur vide de sang; ventricule gauche beaucoup plus fort que le droit; trou botal fermé.

Réflexions. — Dans ce cas, les altérations gastro-intestinales correspondantes aux vomissemens et au dévoiement, sont plus nombreuses et plus marquées que dans le précédent. D'ailleurs ces altérations sont celles qui caractérisent, de l'aveu de tout le monde, une phlegmasie gastro-intestinale. Cette phlegmasie ne peut être attribuée qu'à la même cause que la précédente. Elle était accompagnée du dernier degré du marasme. Les capillaires extérieurs étaient presque entièrement *exsangues.*

Obs. III.e — *Enfant d'un mois,* — *Vomissemens, dévoiement, marasme, toux.* — *Injection rosée dans l'estomac; plaques elliptiques parsemées de points brunâtres dans l'intestin grêle; hypertrophie des follicules du gros intestin.* — *Engouement de la partie postérieure des poumons; adhérences celluleuses.* — Le 28 octobre 1822, entrèrent à l'hôpital Cochin Madelaine Ségard, et son enfant âgé d'un mois. La mère avait un gonflement inflammatoire du sein droit avec de la fièvre. L'enfant mourut le 17 décembre, six semaines après son entrée, âgé, par conséquent, de deux mois et demi. Pendant tout le temps qu'il passa à l'hôpital, il fut toujours chétif; il vomissait, avait du dévoiement et de la toux.

Autopsie cadavérique. — Les deux poumons, d'une couleur rosée, sont engorgés et peu crépitans à leur partie postérieure; des adhérences celluleuses existent entre le poumon gauche et la plèvre costale et diaphragmatique. Le trou botal n'est pas complètement fermé, en sorte que l'on peut facilement faire pénétrer une lame de ciseaux de l'oreillette droite dans la gauche. L'estomac est

généralement rosé et injecté; çà et là, dans l'intestin grêle, existent des plaques elliptiques à surface légèrement inégale, dépassant le niveau de la membrane muqueuse; les unes accompagnées d'une vive injection, les autres pâles, en quelque sorte *cicatrisées* et parsemées de points brunâtres. Le gros intestin, dans toute sa longueur, offre une rougeur ponctuée et un grand nombre de points brunâtres qui, comme les précédens, ne sont probablement autre chose que l'orifice des follicules muqueux *hypertrophiés*. La membrane muqueuse gastrique est parsemée de quelques taches blanchâtres; à l'endroit que celles-ci occupent, la membrane muqueuse n'existe plus, comme si elle eût été détruite par une inflammation érosive dont elle aurait été le siége. La substance cérébrale est d'un blanc rosé; les ventricules cérébraux ne contiennent pas de sérosité.

Réflexions. — Nous voyons ici les mêmes symptômes que dans les deux observations précédentes, savoir, les vomissemens et le dévoiement correspondre à la même lésion, c'est-à-dire à une phlegmasie gastro-intestinale. Mais chez ce malade, il existait de plus de la toux, et à l'ouverture de son corps, on a rencontré un engorgement de la partie postérieure des poumons. Les adhérences celluleuses entre le poumon gauche et la plèvre costale sont les suites d'une ancienne pleurésie. Cette pleurésie avait-elle existé avant l'entrée du malade? Avait-elle été annoncée par quelques symptômes caractéristiques? Je l'ignore. Il serait même impossible de déterminer si cette phlegmasie s'est développée avant ou après la naissance. On sait, en effet, que l'on a rencontré des pleurésies chez des enfans morts dans le sein de leur mère. Ce qu'il y a de certain, dans le cas qui nous occupe, c'est que la pleurésie s'était terminée par la guérison. C'est un fait qu'il est bon de noter.

Obs. IV.[e] — *Enfant de dix-sept jours. — Allaitement vicieux. — Vomissemens, dévoiement. — Injection rosée de l'estomac et du duodénum. Matière sanguinolente dans l'intestin grêle avec rougeur foncée de la membrane muqueuse; éruption aphteuse dans le gros intestin.* —

Le 7 novembre 1822, entrèrent à l'hôpital Cochin Antoinette Monestier et sa petite âgée de dix-sept jours (1). Le 18 novembre, l'enfant fut vaccinée. Deux boutons seulement se manifestèrent. Le 28, ils étaient en pleine suppuration, ou plutôt ils commençaient déjà à se dessécher. La mère ne pouvant pas l'allaiter, sa petite fut placée aux Enfans-Trouvés. Vers la fin de décembre, elle est rendue à sa mère, dont le lait était peu abondant. Des vomissemens et du dévoiement se déclarent, et la mort arrive le 12 janvier (2).

Autopsie cadavérique. — La poitrine ne m'offrit rien de particulier. L'estomac et le duodénum contenaient du lait caillé; leur membrane muqueuse était rosée. Plusieurs circonvolutions de l'intestin grêle, remplies d'une matière liquide, étaient injectées et d'un rouge-foncé; la matière liquide qu'elles contenaient était rouge et sanguinolente. Le gros intestin était généralement injecté. Dans la fin du colon se remarquaient un nombre infini de granulations brunâtres, présentant une ouverture ou plutôt une ulcération à leur sommet. En avançant vers le cœcum, ces points brunâtres se changeaient en une infinité de petits ulcères, peu profonds, à surface blanche, confluens et véritablement analogues à une éruption aphteuse.

---

(1) Cette femme, âgée de 36 ans, vivant dans la misère, avait un teint pâle et jaunâtre, et présentait une indolence et une langueur extrêmes.

(2) La malade était alors âgée de trois mois et quelques jours.

Réflexions. — Dans ce cas, les altérations intestinales sont plus profondes que dans les précédens. Il s'était fait une véritable hémorrhagie dans l'intestin grêle. Dans les circonvolutions qui contenaient le sang, la membrane muqueuse offrait une rougeur foncée, bien différente de l'injection rosée du duodénum et de l'estomac. Cette teinte foncée était l'effet d'une imbibition sanguine de la membrane muqueuse, et non le résultat d'une injection capillaire. Il n'est pas, d'ailleurs, très-rare de rencontrer simultanément une coloration rouge due à l'imbibition sanguine et une autre teinte rouge provenant d'une injection sanguine. C'est ce qui arrive quand du sang s'épanche dans une circonvolution intestinale fortement enflammée.

Au reste, il est difficile de confondre ces deux genres de rougeur. Il importe aussi de ne pas le faire, car la rougeur due à une injection sanguine active ne peut évidemment avoir lieu que pendant la vie, tandis que la coloration rouge par imbibition peut très-bien s'opérer après la mort.

Obs. V.e — *Enfant de quatre mois et demi. — Mauvaise nourriture. — Toux, dévoiement, mort dans le marasme. — Hépatisation du lobe inférieur des poumons; ulcérations très-nombreuses dans toute la longueur du gros intestin.* — Une enfant de quatre mois et demi, née d'une mère disposée à la phthisie pulmonaire, entra à l'hôpital Cochin le 5 septembre 1822. Elle y mourut presque immédiatement après. Depuis environ un mois et demi que sa mère l'avait retirée de nourrice, elle ne vivait presque que d'eau de gruau avec un peu de sirop. Elle toussait, nous dit-on, depuis sa naissance, avait le dévoiement, des vomissemens, et s'était lentement consumée sans pousser, pour ainsi dire, un seul cri.

Autopsie cadavérique vingt-six heures après la mort. — 1.° *Habitude extérieure.* Légère rigidité cadavérique,

marasme, pâleur générale, comme si tous les vaisseaux étaient vides de sang; thymus assez volumineux. — 2.° *Tête.* Les méninges sont très vasculeuses; le cerveau et le cervelet volumineux présentent une teinte rosée très-prononcée. — 3.° *Poitrine.* La membrane muqueuse des bronches est rosée et injectée; le lobe inférieur de chaque poumon, mais particulièrement celui du gauche, avait perdu sa crépitance, et son tissu ressemblait à celui de la rate, si ce n'est qu'il était un peu plus ferme. Il n'existait pas de tubercules. Le cœur alongé, comme pointu, contenait des caillots de sang noir. — 4.° *Abdomen.* Le canal digestif est pâle extérieurement; il contient, ainsi que l'estomac, des matières liquides; plusieurs circonvolutions, cependant, sont vides, affaissées, contractées et comme chiffonnées; à l'endroit de leur jonction avec les autres circonvolutions, on rencontre une invagination d'environ deux pouces. La membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle est blanche; celle du gros intestin est rosée et parsemée, à partir du commencement de l'arc du colon jusqu'à l'anus, de petits ulcères à bords coupés perpendiculairement, et semblables à des trous faits avec un emporte-pièce. Les ganglions mésentériques, pâles, très-nombreux, ne paraissent pas sensiblement développés. Foie volumineux, d'un rouge brun; bile verdâtre dans sa vésicule; rate bleuâtre; reins volumineux; vessie pâle.

Réflexions. — Nous trouvons encore ici une harmonie parfaite entre les symptômes et les lésions organiques. Il existait de la toux, et le lobe inférieur de chaque poumon était privé de sa crépitance, et avait été réellement enflammé, puisque son tissu était induré, plus ferme que celui de la rate. De plus, la membrane muqueuse bronchique était injectée et d'une couleur rosée, ce qui est d'autant plus remarquable qu'il existait une pâleur géné-

rale de la peau et de plusieurs autres parties. Il y avait du dévoiement, et nous trouvons la membrane muqueuse du gros intestin rosée, injectée et criblée d'ulcérations. Nous pouvons suivre, dans les cinq observations qui viennent d'être rapportées, la marche de l'inflammation des follicules muqueux. En effet, dans chacune d'elles l'état pathologique de ces follicules présente des caractères particuliers. D'abord, les follicules deviennent plus apparens, ils se développent, s'hypertrophient, pour ainsi dire, et le plus souvent ils sécrètent une matière qui prend une teinte noirâtre vers l'ouverture de ces petits organes. Plus tard, on aperçoit un commencement d'ulcération au sommet du follicule. Cette ulcération naissante apparaît sous forme d'un point blanchâtre. Elle s'étend ensuite en largeur et en profondeur, à la manière des aphthes ou des chancres, avec lesquels elle offre la plus parfaite ressemblance. Dans quelques cas, les follicules enflammés se transforment en une sorte de bouton qui s'ulcère à l'instar de ceux de la peau. Les plaques ovalaires que nous avons rencontrées ne sont autre chose que les glandes agminées de Peyer, dans un état d'hypertrophie, d'ulcération, ou même de suppuration. Nous croyons que quelques-unes de ces plaques, d'abord ulcérées, étaient, à l'époque où nous les observions, en voie de cicatrisation. On conçoit que cette cicatrisation, dont on a observé des exemples chez les adultes, peut également avoir lieu chez les enfans nouveau-nés.

Conclusion. — 1.° Les cinq enfans nouveau-nés que nous avons perdus à l'hôpital Cochin, en 1822, nous ont présenté des traces plus ou moins profondes et plus ou moins étendues de phlegmasies gastro-intestinales.

2.° Ces phlegmasies ont été annoncées pendant la vie par les vomissemens et le dévoiement. Les sujets ont succombé dans un état de marasme plus ou moins avancé. La marche de l'inflammation a été lente, chronique.

3.° Toutes ces phlegmasies paraissent s'être développées sous l'influence d'un *allaitement* de mauvaise qualité, d'une alimentation vicieuse. Ce fait est digne d'une attention sérieuse. On ne saurait croire combien de nouveau-nés périssent ou languissent dans un état de marasme et de rachitisme, par cela seul qu'ils sucent un mauvais lait. Il en est de même d'enfans plus âgés, qui, après leur sevrage, sont soumis à l'influence d'une nourriture grossière et de mauvaise nature. C'est ce que peuvent constater journellement les médecins chargés de donner des soins aux personnes de la classe indigente. C'est ce que j'ai pu constater trop de fois moi-même depuis que je suis attaché à un bureau de charité. On conçoit assez de quelle importance il serait que l'administration s'occupât de procurer aux nourrices indigentes une nourriture saine, ainsi qu'à leurs enfans, aussitôt qu'ils sont sevrés.

4.° Notre troisième observation est un exemple curieux d'une pleurésie guérie chez un enfant d'un mois. Cette maladie ne fut point reconnue ni même soupçonnée pendant le séjour du malade à notre hôpital. La toux ne suffisait pas pour caractériser une semblable maladie. Il n'est pas même certain que cette phlegmasie se soit développée après la naissance. Peut-être l'enfant en fut-il atteint lorsqu'il était encore contenu dans le sein maternel.

5.° La cinquième observation est un cas assez remarquable de pneumonie chez un nouveau-né. L'enfant toussait, au rapport de sa mère, depuis sa naissance. Néanmoins l'inflammation des poumons n'était pas aussi ancienne que la toux. En effet, le sujet de cette observation avait quatre mois et demi quand il succomba. Or, une pneumonie qui aurait existé aussi long-temps n'aurait pas été caractérisée par une simple *splénisation* du tissu pulmonaire. La mère de l'enfant offrait des signes

de phthisie pulmonaire *constitutionelle.* On ne trouva point de tubercules dans les poumons de son enfant.

La maladie du sujet de la première observation s'est terminée par une congestion sanguine active de l'encéphale. Cette irritation a été annoncée, comme chez les adultes, par une rigidité, une véritable contracture des membres; en même temps l'enfant criait continuellement. Ce phénomène semble remplacer le délire qui s'observe à un âge plus avancé.

Je termine ce travail, dont je sens plus que personne toute l'imperfection, en faisant des vœux pour que les médecins qui ont l'occasion d'observer les maladies des nouveau-nés ne tardent pas à enrichir la science du fruit de leurs recherches.

Observations sur quelques difformités congénitales des pieds et des mains; par P. Menière, *D. M. P.*

L'importance que l'on a donnée dans ces derniers temps à l'étude des vices de conformation, est justifiée par les nombreux avantages qu'en retirent la science de l'organisme, en général, et la thérapeutique, en particulier. On a décrit avec une grande exactitude beaucoup de monstres de différentes espèces, et ces histoires rapprochées les unes des autres, et comparées entre elles, ont conduit à la découverte de quelques-unes des lois qui président au développement du fœtus. D'un autre côté, les connaissances orthopédiques n'ont pris un caractère de certitude, le traitement des difformités n'a offert des avantages réels, que depuis l'étude approfondie des causes qui les produisent, et des altérations plus ou moins graves qui en résultent.

De nouveaux faits ajoutés à ceux que possède déjà la

science, doivent également concourir à ce double but. Lors même qu'une difformité est au-dessus des ressources de l'art, il importe encore d'en publier une description exacte, parce qu'en augmentant la masse des faits, on rend plus probable la découverte de leur origine commune. C'est dans cette persuasion que je rapporterai avec détail l'histoire de deux espèces de monstruosités qui peut-être ne sont pas nouvelles, mais que du moins je n'ai vu décrites nulle part.

Un ouvrier des carrières à ardoise, situées aux environs d'Angers, fut apporté à l'Hôtel-Dieu de cette ville, dans le mois de juin 1822. Un bloc de pierre, tombé d'en haut, lui avait fracassé la cuisse droite; le membre ne tenait plus qu'à quelques lambeaux de peau et de muscles. Une hémorrhagie abondante avait épuisé les forces du blessé, il n'y avait évidemment rien à faire; la mort arriva un quart d'heure après son entrée à l'hôpital.

En examinant le cadavre, je fus frappé de la forme extraordinaire des pieds; il n'y avait à chacun que deux orteils, le premier et le cinquième, les trois moyens manquaient absolument. Les deux os du métatarse, plus près l'un de l'autre à leur base que de coutume, allaient en s'écartant jusqu'à leur sommet. Les orteils au contraire, se recourbaient l'un vers l'autre, presque au point de se toucher par leurs extrémités. Le pied avait à peine les deux tiers de sa longueur ordinaire; il avait en masse la forme d'un carré long fortement échancré à sa partie antérieure. La dureté de la peau et les callosités développées sur presque tous les points saillants, prouvaient que cet homme, qui avait passé sa quarantième année, s'était dès son jeune âge livré à de rudes travaux.

Le reste de son cadavre offrait tous les attributs d'une vigoureuse constitution. J'en fis l'autopsie avec soin et ne découvris ni lésion pathologique, ni aucun autre vice de

conformation. J'appris de la bouche même de sa femme, que sa marche, quoique un peu lente et embarrassée, n'en était pas moins solide. Aucun des membres de sa nombreuse famille ne présentait de difformité quelconque. Son père, sa mère, ses frères et sœurs en étaient également exempts.

La dissection des parties donna lieu aux remarques suivantes. Parlons d'abord des os.

Dans les deux pieds, l'astragale, le calcanéum ont conservé leur forme ordinaire. Le scaphoïde est également régulier, quant à sa forme, mais son volume est plus considérable que de coutume. Ses rapports avec les autres os du tarse sont différens dans chaque pied. Examinons d'abord le pied droit. Le côté antérieur offre deux facettes articulaires séparées par une ligne saillante; elles correspondent à une masse osseuse formée par la réunion des deux premiers cunéiformes. Le côté externe de l'os présente une petite facette qui est en contact avec une seconde masse osseuse, laquelle résulte de la confusion du cuboïde et du troisième cunéiforme. Le reste de l'os est régulier.

Comme nous l'avons dit, les deux premiers cunéiformes sont réunis en une seule masse, qui n'a de connexions en avant qu'avec le premier métatarsien. Le côté interne, couvert de nombreuses aspérités, est fortement incliné en bas. Le côté postérieur, correspondant au scaphoïde, présente deux facettes séparées par un sillon très-profond, qui indique le point de jonction des deux os. Le premier se porte beaucoup plus en arrière que le second. Le côté externe est divisé en deux parties, l'une articulaire qui correspond au troisième cunéiforme confondu avec le cuboïde, l'autre libre et concourant à former une gouttière dans laquelle glisse le tendon de l'extenseur commun des orteils. Enfin, le côté antérieur, ou métatarsien,

ovale transversalement, offre une surface un peu convexe dans le même sens, et sur laquelle le premier os du métatarse peut se mouvoir de dedans en dehors. Le bord inférieur de cette surface présente une échancrure assez profonde qui indique le point de réunion des deux os.

Le cuboïde et le troisième cunéiforme, complètement réunis, forment une masse qui présente également quatre côtés. Le postérieur s'articule comme de coutume avec l'astragale. L'interne s'articule en arrière avec le scaphoïde, et en avant avec la masse commune aux deux premiers cunéiformes. L'antérieur présente deux facettes séparées par une crête très-saillante. La facette externe soutient la base du cinquième os du métatarse, l'interne est en rapport avec un os rudimentaire qui représente le quatrième métatarsien. Entre le côté antérieur et le côté interne, on trouve une petite surface creusée en gouttière et qui concourt à la formation de l'enfoncement dans lequel glisse un tendon déja désigné. Enfin, le côté externe ne présente rien de particulier non plus que les surfaces supérieure et inférieure sur lesquelles on n'aperçoit aucune trace de la réunion des deux os qui les forment.

Le métatarse ne consiste plus qu'en deux os, le premier et le cinquième. Au côté interne de ce dernier, on trouve un rudiment osseux qui remplace le quatrième. Cette petite masse, dont la forme se rapproche assez bien de celle d'un cône tronqué, présente plusieurs facettes articulaires. Deux sont placées en arrière et ont des rapports avec le côté antérieur de la masse commune au cuboïde et au troisième cunéiforme; la troisième facette est dirigée en dehors et s'articule avec le côté interne du cinquième métatarsien. La hauteur totale de ce petit os est d'un pouce; son sommet, qui a la forme d'un tubercule arrondi, s'incline fortement en bas; son côté interne, un peu concave,

est le plus long de tous. Il était recouvert immédiatement par la peau.

Le premier os du métatarse a sa forme habituelle, mais il se dirige très-obliquement de dehors en dedans; le cinquième suit une marche opposée, ce qui donne lieu à un écartement considérable de leurs deux extrémités antérieures. Cet espace est rempli en partie par le rudiment osseux précédemment décrit, lequel s'élève jusqu'au milieu de la hauteur du cinquième métatarsien.

Les deux phalanges du gros orteil sont fortement déviées en dehors; cela est au point que le bord latéral interne de la seconde est placé en avant, et l'externe tout-à-fait en arrière. La tête de la première phalange est contournée en dehors, et le côté interne de l'articulation avec la seconde est rempli par un os sésamoïde assez volumineux.

La torsion du petit orteil de dehors en dedans commence à l'articulation de la première phalange avec le cinquième métatarsien. Il y a également un os supplémentaire entre les deux surfaces articulaires; il résulte de cette double disposition que l'extrémité des deux orteils se rapproche au point de pouvoir se toucher sans beaucoup d'effort. L'espace compris entre ces deux lignes courbes a trois pouces et demi d'avant en arrière, et deux pouces et un quart transversalement; il offre la forme d'un cœur dont la pointe est placée en arrière.

Telles sont les particularités offertes par le pied droit; nous n'aurons que peu de différences à noter dans la structure du pied gauche; elles s'observent surtout dans la disposition des os du tarse.

Des trois cunéiformes, le premier est libre et régulièrement conformé, le second est complètement soudé avec la tête du premier métatarsien. Cette réunion n'a lieu qu'aux dépens de la moitié externe de la surface articu-

laire de ce dernier os; l'autre moitié s'articule librement avec le premier cunéiforme. En examinant la ligne saillante qui indique l'endroit de la soudure, on reconnaît qu'il y a un excédent de volume appartenant au cunéiforme. De cette addition de substance osseuse résulte un changement dans sa forme, et si on le séparait par un trait de scie du métatarsien auquel il est réuni, il offrirait alors cinq facettes à peu près égales en étendue. Des deux placées en avant, l'interne correspond au métatarsien, l'externe, non-articulaire, forme un des côtés du sommet de l'espace cordiforme compris entre les orteils.

Le troisième cunéiforme, placé plus en arrière que les deux précédens, est soudé avec le cuboïde. On voit facilement la trace de cette jonction, et les deux facettes articulaires placées sur le côté antérieur de la masse commune à ces os, correspondent exactement, l'externe avec le cinquième métatarsien, l'interne avec l'os rudimentaire.

Les deux grands os du métatarse offrent un surcroît de développement très-remarquable; le cinquième surtout est énorme, et l'on pourrait croire au premier abord qu'il est formé de la réunion de plusieurs autres. Mais ses surfaces sont lisses et l'articulation postérieure n'offre aucune trace de soudure.

L'os rudimentaire est plus volumineux que celui de l'autre pied, il a du reste une forme analogue; son côté externe, c'est à dire, celui qui correspond au cinquième métatarsien, présente deux facettes articulaires, une à sa base et l'autre à son sommet; elles sont séparées par des inégalités auxquelles s'insèrent des faisceaux fibreux très-solides. Le sommet de cet os irrégulier est triangulaire, mousse, et un peu dévié en bas. Il monte jusqu'aux deux tiers de la longueur du métatarsien.

Les orteils gros et robustes, ressemblent très-bien à ceux

du pied droit. Nous n'y reviendrons pas. (*Voy.* la planche ci-après.)

Il résulte de cet examen, que le système osseux des deux pieds a été arrêté en partie dans son développement; que la cause de cet arrêt a agi sur les trois orteils moyens qui manquent tout-à-fait; sur le second et le troisième os du métatarse qui manquent également, sur le quatrième qui n'existe qu'à l'état rudimentaire. Ces changemens dans le nombre et la forme des orteils et des os du métatarse, dépendaient sans doute de ceux survenus dans la seconde rangée des os tarsiens. Les cunéiformes se sont soudés entre eux et avec le cuboïde, ou bien avec le cuboïde seulement et le premier os du métatarse.

Il importerait beaucoup de déterminer rigoureusement si les altérations de structure du tarse ont donné lieu à celles des autres parties du pied. Toutes les probabilités se réunissent en faveur de cette opinion, si l'on admet que la force végétative agit du centre à la circonférence. Mais on ne manque pas de faits qui constatent la présence d'organes extérieurs, lorsque ceux qui sont placés plus en dedans manquent absolument. Des doigts très-réguliers ont été observés sur des masses informes représentant un membre tout entier. Nous aurons occasion de revenir sur ce point important; examinons maintenant en quoi le système musculaire participait à la difformité du pied.

Le jambier antérieur est régulier; il n'en est pas de même de l'extenseur du gros orteil, dont le tendon suit exactement la courbure de l'orteil lui-même, en se rapprochant beaucoup de sa concavité. Le fléchisseur propre suivait à sa face inférieure une direction analogue. Les tendons de ces deux muscles étaient réunis et rapprochés l'un de l'autre par des expansions fibreuses très-fortes, qui passaient sur le côté interne des phalanges, dans l'intervalle d'une articulation à l'autre.

Le petit orteil offrait, à son côté interne, un appareil tendineux absolument semblable. Les muscles qui le fournissaient étaient le péronier antérieur et le pédieux. Tous les tendons de ce dernier, réunis en masse, recevaient le faisceau fibreux du petit péronier, et se dirigeaient vers le côté interne de l'orteil. Le petit fléchisseur des orteils, auquel se joignait un certain nombre de faisceaux charnus, fournissait un tendon qui suivait la face inférieure de ce même orteil. Les mêmes prolongemens fibreux allaient de l'un à l'autre, et concouraient ainsi à la production d'un effet que nous indiquerons tout-à-l'heure.

L'extenseur commun des orteils, au lieu de fournir quatre tendons, n'en offrait qu'un seul qui était rond et très-fort. Il se portait directement d'arrière en avant sur la face dorsale du pied, et se recourbait de haut en bas sur la coulisse formant le sommet de l'échancrure accidentelle. Il se confondait bientôt avec un tendon semblable fourni par le fléchisseur commun. Ces tendons ainsi réunis donnaient aux muscles l'apparence d'un grand digastrique ayant sa poulie de renvoi.

On conçoit que la disposition des os ne comportait pas la présence de muscles tels que des lombricaux, des inter-osseux, etc.; aussi n'en observait-on pas de traces. Plusieurs autres, tels que l'acccessoire du grand fléchisseur, l'adducteur, le court fléchisseur, l'abducteur oblique, formaient une masse charnue absolument inextricable. L'abducteur transverse manquait complètement, de même que l'abducteur et le court fléchisseur du petit orteil; du moins, il me fut impossible de les retrouver au milieu des faisceaux fibreux environnans.

Telle était la disposition du système musculaire affecté au mouvement particulier des orteils, car les muscles destinés à mouvoir le pied sur la jambe n'avaient subi aucune altération.

Il est aisé de voir que la nouvelle disposition des tendons des muscles extenseur et fléchisseur rendait nécessaire un changement dans l'action de ces muscles, et produisait des mouvemens d'adduction et d'abduction. Les orteils, destinés primitivement à s'abaisser et à s'élever, se trouvaient opposés l'un à l'autre, comme les pinces de certains crustacés, ou mieux, comme les appendices appelés cornes chez l'insecte connu sous le nom de cerf-volant (*Lucanus.*) Cette forme bizarre du pied, en agrandissant sa surface, ajoutait à sa solidité, et suppléait à l'affaiblissement qui, sans cela, eut résulté de l'absence de trois orteils. Nous avons vu d'ailleurs que les os existans offraient un développement très-considérable, et que celui des appareils fibreux n'était pas moindre. Quant à l'action des muscles extenseur et fléchisseur communs des orteils, elle se bornait, par un antagonisme perpétuel, à maintenir le pied dans sa position naturelle, et à lui donner plus de solidité.

Je ne puis rien dire sur la disposition des nerfs, ne les ayant pas disséqués avec soin; mais on peut s'en faire une idée assez exacte en la rapprochant de celle des artères que j'ai bien étudiée. Il n'y avait pas de plantaire interne; l'externe se portait d'arrière en avant, entre quelques plans charnus de cette région, et se séparait bientôt en deux branches qui parcouraient l'une et l'autre toute la longueur des deux orteils. Elles fournissaient beaucoup de petits rameaux, mais aucun d'eux ne pouvait être assimilé aux arcades plantaires, aux perforantes et aux collatérales. La tibiale antérieure, après avoir passé audevant de l'articulation tibio-tarsienne, fournissait des branches peu volumineuses qui se répandaient çà et là. Je n'ai pu constater d'anastomose entre cette artère et la plantaire externe. Je n'ai rien à dire sur les veines.

Les difformités congénitales des pieds et des mains con-

sistent bien plus souvent dans l'excès que dans le défaut des parties. Les sexdigitaires ne sont pas rares, et j'ai eu fréquemment l'occasion de voir enlever ces organes surnuméraires. Mauriceau (1) parle d'un fœtus venu à huit mois, *ayant l'avant-bras tout contrefait, aussi bien que la main, qui n'avait point de pouce.* Le même auteur rapporte plusieurs cas de difformités des pieds et des mains; mais l'observation que nous venons de citer est la seule dans laquelle l'absence d'un doigt soit exprimée d'une manière formelle. Au reste, si ces défauts de conformation sont rares chez les individus qui n'en présentent pas d'autres plus importans, on les observe communément lorsqu'il y a acéphalie complète ou simplement anencéphalie. Enfin, lorsque les membres atrophiés dès en naissant sont remplacés par des appendices osseux ou charnus, plus ou moins singuliers, on voit quelquefois à leur sommet un ou deux doigts très-reconnaissables. Les recueils académiques en contiennent un assez grand nombre d'exemples; j'en ai vu moi-même plusieurs, et l'on n'observe pas sans étonnement que ces êtres ainsi mutilés accomplissent des actes nombreux et qui semblent l'attribut d'une organisation plus parfaite.

Les deux pieds que j'ai décrits furent présentés en 1822 au professeur Béclard, qui m'assura n'avoir rien rencontré de semblable ni sur le cadavre ni dans les auteurs. Depuis, j'ai eu l'occasion de les faire voir à beaucoup d'anatomistes et de médecins, et personne ne m'a dit connaître un cas analogue. Tout récemment, M. Cruveilhier m'a dit qu'il possédait une main composée de deux doigts, le pouce et l'auriculaire, lesquels, dirigés l'un vers l'autre, offrent une ressemblance frappante avec les pieds en question. Je crus long-temps que le fait était unique, et je le regardais comme une bizarrerie curieuse,

(1) Tome II, page 525, observation 640.

lorsque le hasard m'en fournit un second exemple dans l'une des salles de l'hôpital des Vénériens. Voici cette observation avec tous les renseignemens que je pus me procurer.

Au mois d'août 1824, Antoine ***, chapellier, âgé de 29 ans, vint à l'hôpital des Vénériens pour y être traité d'une syphilis ancienne avec des symptômes consécutifs graves. En examinant l'isthme du gosier, qui était parsemé de larges ulcérations, j'observai une division complète et congénitale du voile du palais, ainsi que de la moitié postérieure de la voûte palatine. Il y avait eu un bec de lièvre simple à gauche, lequel avait été guéri par l'opération à l'âge de cinq ans. De plus, la cloison des fosses nasales, ainsi que le cartilage moyen, étaient fortement déviés à gauche; enfin la moitié droite du front était manifestement plus grosse que l'autre. Cet individu se plaignait de douleurs ostéocopes, et, en examinant les jambes, je ne fus pas peu surpris de trouver ses pieds conformés absolument comme ceux que je viens de décrire.

Le malade m'affirma qu'aucune des personnes de sa famille n'était affectée de difformité quelconque. Il ne put marcher qu'à l'âge de cinq ans, et resta long-temps faible. Devenu pubère à dix-huit ans, il a toujours joui d'une bonne santé, à l'exception des symptômes syphilitiques dont il est tourmenté depuis environ deux ans. Sa démarche est assez assurée; il peut courir avec rapidité. On remarque cependant qu'il appuie beaucoup sur le talon, ce qui lui donne l'air d'un pied-bot ou de ceux à qui on a amputé le gros orteil. Les muscles du mollet sont bien prononcés. Le malade m'a dit qu'il aimait la danse et se livrait à cet exercice sans trop de fatigue.

Les orteils, recourbés l'un vers l'autre en forme de pince, sont mobiles horizontalement, et j'ai vu le malade saisir une pièce de monnaie et la tenir assez fortement

serrée. Le plus grand écartement possible entre les branches de ce cercle était de douze à quinze lignes, sous l'influence de la volonté; on pouvait le rendre double en tirant les orteils en sens contraire. Dans l'effort que je faisais pour y parvenir, je sentais la résistance considérable que pouvait m'opposer le malade. L'espace compris entre les segmens demi-circulaires était cordiforme; la pointe correspondant aux os du tarse formait une coulisse dans laquelle on sentait glisser un tendon qui était très-probablement celui de l'extenseur commun des orteils. L'examen des formes extérieures du pied, et la recherche du battement des troncs artériels, ne m'apprirent rien de précis sur la disposition de ces organes. Je suppose par analogie qu'ils ressemblaient à ceux observés dans le premier cas, et cette supposition est admissible, puisque les fonctions étaient absolument les mêmes. J'ai remarqué en outre que la compression du bord interne du gros orteil avait rendu l'ongle difforme. L'épiderme calleux en recouvrait la moitié, et l'on voyait que, dans la station, le poids du corps ne suffisait pas pour changer cette position accidentelle.

S'il fallait assigner une cause à de semblables aberrations dans la forme et la structure des parties, on pourrait aisément s'égarer en de vaines spéculations. Le premier sujet n'offrait aucune autre difformité, tandis que chez le second, on observait à la fois des irrégularités dans la forme générale de la tête et dans la structure particulière de quelques appareils sensitifs. Béclard a établi que la véritable acéphalie entraînait toujours de grands vices de conformation, non-seulement dans les extrémités thoraciques et pelviennes, mais encore dans la disposition intérieure des principaux viscères. En admettant que les centres nerveux ont une grande influence sur le développement

de l'organisme en général, il restera à expliquer comment ces mêmes centres nerveux, dans un état d'intégrité absolue, peuvent exister avec des difformités plus ou moins grandes. Il faudrait admettre, avec Tiedmann, que la végétation animale, placée sous l'influence spéciale du grand sympathique, a été interrompue ou pervertie par une cause quelconque. On pourrait encore, avec M. Serres, attribuer l'absence des trois orteils moyens à un défaut primitif de développement dans les artères du pied. Ainsi tout se réduirait à un vice de conformation de l'arcade plantaire et à l'oblitération de quelques collatérales. Nous ne discuterons pas ici la valeur de cette dernière opinion; nous ferons seulement remarquer qu'en l'adoptant, on admet implicitement la végétation excentrique, et que le seul fait d'une main régulière placée sur une masse informe représentant le membre thoracique, détruirait cette hypothèse, ou du moins la rendrait fort peu probable. Si en effet le développement des artères se fait successivement de l'intérieur à l'extérieur, comment celles de la main pourront-elles avoir la disposition normale, ou même exister, lorsque toutes celles du bras et de l'avant-bras manquent complètement? Nous ne pouvons donc admettre cette explication.

Quant aux idées d'analogie de M. Geoffroy Saint-Hilaire, nous ne voyons pas en quoi elles seraient applicables dans ce cas. Les pieds, destinés chez l'homme à la station et à la marche, sont devenus accidentellement des organes de préhension, fort imparfaits sans doute, mais enfin qui servaient à cet usage par suite de leur structure. Il y a dans cette nouvelle manière d'être quelque chose qui s'éloigne de toute forme déterminée, et l'on ne peut y voir qu'un événement tout-à-fait fortuit.

Il me reste maintenant à parler d'un vice de conforma-

tion de la main, que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois. Il s'agit d'un raccourcissement des doigts causé, soit par l'absence d'une phalange, soit par la diminution de longueur d'une ou de plusieurs de ces mêmes phalanges.

Le premier cas de ce genre que j'ai rencontré, m'était offert par un jeune homme de quatorze ans, grand et bien conformé. Sa main droite, aussi large et aussi épaisse que la gauche, n'avait que les deux tiers de la longueur de cette dernière. Le pouce était régulier, les quatre autres doigts présentaient comme lui seulement deux phalanges. C'était évidemment la seconde qui manquait, puisque la longueur de cette phalange, mesurée sur la main gauche, donnait exactement la longueur du raccourcissement de la main droite. Les ongles étaient bien faits, et le jeune homme, fort habile à tous les exercices du corps, se servait indistinctement de l'une et de l'autre main. Il n'existait chez lui aucune autre difformité. Seulement, il parlait d'une manière presque inintelligible en raison d'un bégaiement extraordinaire. Sa voix était rauque, saccadée, explosive, comme on l'observe quelquefois chez les jeunes filles affectées de névroses du larynx ou des organes de la respiration.

J'ai observé le second cas chez un jeune commerçant âgé de vingt-cinq ans. L'index et le médius de la main droite, quoique ayant chacun trois phalanges, sont plus courts d'un pouce que le doigt annulaire correspondant. Les phalanges n'ont à-peu-près que la moitié de leur longueur ordinaire; la première et la seconde sont surtout diminuées. Du reste ces deux doigts n'ont pas moins de force et d'agilité que tous les autres. Ils sont un peu moins volumineux que ceux du côté opposé. Lorsque cet individu se livre à quelque travail un peu rude, la main

droite est plus promptement fatiguée que l'autre. Il est probable que cette faiblesse locale a donné lieu à un usage plus fréquent de la main gauche, et, en effet, le jeune homme est gaucher.

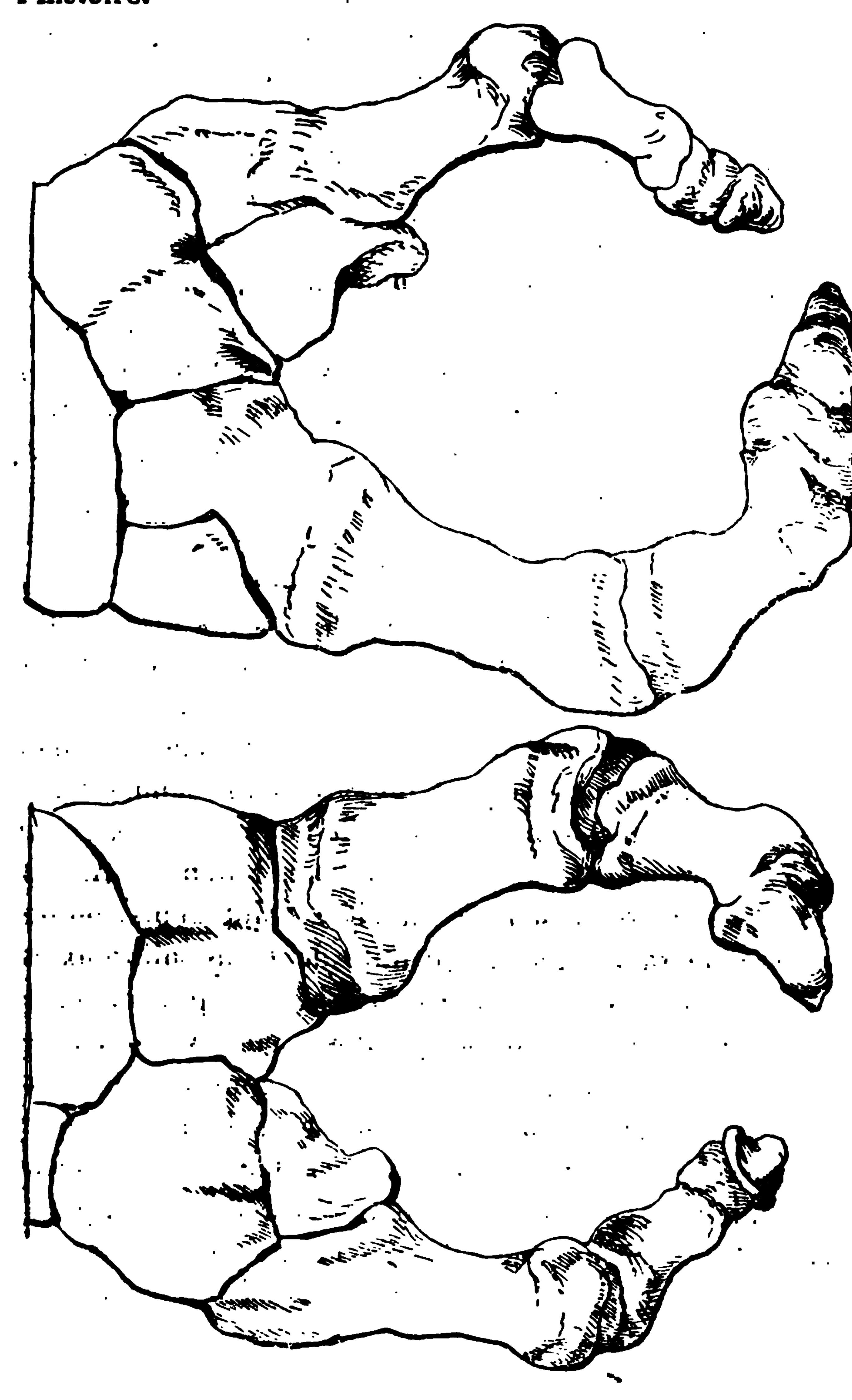
Enfin la troisième observation a été faite sur une dame âgée de trente ans, grande et régulièrement conformée. Le doigt médius de la main droite n'a que deux phalanges. Il est plus mince que tous les autres, et offre à peine le volume de l'auriculaire. L'ongle est régulier. Les mouvemens de ce doigt ne diffèrent pas de ceux des organes voisins. Il manque de force et ne peut servir aux usages ordinaires. Le dé à coudre est porté par l'annulaire; la plume est également tenue par le pouce, le second et le quatrième doigt. Cette espèce d'atrophie n'est le résultat d'aucun accident ni d'aucune maladie. Il n'a jamais été affecté de panaris ni de tumeur scrophuleuse. La main offre d'ailleurs la forme la plus régulière, et l'on n'y découvre aucunes traces de cicatrice. J'ai remarqué chez cette dame que la première phalange avait, à peu de chose près, la même longueur que celle des autres doigts; la seconde, au contraire, était beaucoup plus courte, ce qui semblait indiquer que c'était bien la seconde qui manquait. J'observai en outre que la seule articulation qu'il y eût au milieu de ce doigt, n'offrait pas le renflement produit par la base large de la seconde phalange.

Il résulte de ces faits que les doigts peuvent offrir des vices de conformation qui consistent, soit dans l'absence d'une phalange, soit dans l'atrophie partielle de ces mêmes phalanges, d'ailleurs régulières. Nous avons cru remarquer que quand il en manquait une, c'était ordinairement la seconde, et cette opinion est le résultat de l'observation. Le pouce ne participe pas à ces lésions de

structure; les quatre autres doigts peuvent en être affectés à la fois, ou seulement un ou plusieurs d'entre eux. En général, les fonctions de la main sont conservées intactes. Il peut arriver cependant que le doigt atrophié en partie ne puisse servir aux usages ordinaires, et cause, outre la difformité, une gêne assez grande.

A quoi attribuer ces anomalies singulières? Faut-il invoquer, comme dans les monstruosités du pied, une aberration de la force végétative des organes? Nous croyons que si certaines formes, extraordinaires chez l'homme, peuvent très-bien se rapporter à des formes semblables dans des animaux de classe inférieure, il en est d'autres dont on chercherait en vain les analogues. Le cas d'absence du péricarde, que nous avons décrit dans les *Archives* (janvier 1826), est un véritable accident, un défaut local de développement. Dans le mois de mars, même année, j'ai également consigné dans ces *Archives* deux observations d'anastomose considérable entre le système veineux général et celui de la veine porte hépatique. Ces faits sont d'une toute autre nature et s'expliquent d'une manière satisfaisante, puisqu'il existe des familles naturelles qui présentent une organisation tout-à-fait identique. Cette simple distinction entre ce qui est normal par analogie, et ce qui ne l'est ni peut jamais l'être, ne nous paraît pas avoir été faite par quelques auteurs modernes, et c'est à cette omission qu'il faut attribuer le peu de crédit dont jouissent leurs explications de faits vraiment inexplicables. Il faut d'ailleurs reconnaître que les jugemens fondés sur l'analogie ne sont pas toujours infaillibles, et qu'il existe, soit naturellement, soit d'une manière accidentelle, des êtres isolés, lesquels, loin d'appartenir à un genre quelconque, forment une véritable espèce.

Nous ajoutons ici une planche qui représente le vice de conformation des deux pieds du sujet dont on a lu l'histoire.



Observations sur quelques maladies du foie, pour servir à l'histoire pathologique de cet organe ; par A. Brierre de Boismont, *D. M. P.* (II.me article.)

IX.e *Obs.* — *Hypertrophie et tubercules du foie; calculs de la vésicule biliaire; gastro-entérite chronique.* — Le 24 mai 1824, la nommée Albert (Anne), de Paris, âgée de 32 ans, marchande de quincaillerie, entra à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Fouquier. Cette femme, d'un embonpoint très-remarquable, et dont l'extérieur annonçait la santé et la force, donna les renseignemens suivans sur son état. Réglée à quatorze ans, elle se maria à vingt-deux; sa santé était fort bonne. Elle devint enceinte il y a deux ans et demi; mais elle ne s'en aperçut qu'au bout de sept mois, parce qu'elle ne sentit point remuer l'enfant avant cette époque, et qu'elle prit les nausées qu'elle éprouvait pour celles auxquelles elle était sujette chaque matin. Il y a cinq ans elle ressentit un engourdissement dans la cuisse droite. Cet engourdissement fut suivi d'une faiblesse générale dans tous les membres; elle ne pouvait exécuter de mouvemens, et souffrait lorsqu'on la touchait. Albert entra pour cette maladie à l'hôpital Saint-Louis, où on lui administra une grande quantité de bains sulfureux et de bains de vapeurs; elle prit aussi beaucoup d'émétique et de purgatifs. Dans sa jeunesse, elle avait eu plusieurs fois la gale. La malade maigrit considérablement pendant la durée du traitement, et elle observa que depuis cette époque son estomac ne faisait plus aussi bien ses fonctions. Cinq mois avant son entrée, Albert avait habité un lieu humide, où elle contracta un catarrhe intense. Les boissons gommeuses et les loochs diminuèrent

beaucoup la violence de sa toux, mais elle fut atteinte presqu'aussitôt d'un dévoiement qui depuis a toujours persisté.

Etat actuel. — La toux est fréquente. La malade dit qu'elle crache souvent du sang mêlé à des mucosités. Elle a conservé de l'oppression depuis sa sortie de l'hôpital Saint-Louis. Tous les matins, elle a des envies de vomir; elle rend même assez fréquemment des glaires. Le soir, il y a de la fièvre. Malgré son extrême embonpoint, elle assure qu'elle a beaucoup maigri. La bouche est amère, l'appétit nul.

29. Le dévoiement continue. La malade a vomi hier en abondance des matières jaunes, amères. Ce matin, elle a eu des nausées; la bouche est amère. (*Ipécacuanha,* xxv *gr.; décoction blanche.*)

2, 3, 5, 7. Les vomissemens sont plus forts et plus fatigans que de coutume. La toux ne cesse point. Les crachats sont muqueux, teints de sang, peu abondans. Le bruit respiratoire est faible, mais s'entend partout. (*Décoction d'orge avec eau de Seltz, un tiers: décoction blanche.*) 9. Même état.

15. Les vomissemens continuent. La physionomie de la malade exprime la souffrance et l'inquiétude. (*Eau de Seltz, potion cordiale.*)

17. Les vomissemens sont toujours les mêmes; le teint est animé. L'épigastre et l'abdomen, qui n'avaient point paru sensibles à la pression, sont douloureux au toucher. Le pouls est faible, mais un peu fréquent; la malade éprouve à chaque instant le besoin de vomir. Elle rejette avec des efforts considérables un liquide jaunâtre. (25 *sangsues à l'épigastre, lavement purgatif, orge, eau de Seltz, infusion amère, de chaque, parties égales.*)

18. Les vomissemens persistent; les sangsues ont beaucoup coulé; la faiblesse est très-grande; l'épigastre et l'abdomen sont douloureux. Lèvres sèches, brunâtres;

langue humide et sale ; crachats toujours mêlés de sang, pouls très-petit.

19. La malade peut à peine parler. Elle se plaint de douleurs extrêmement violentes dans l'abdomen. Le globe de l'œil est renversé en haut. La toux continue ; les crachats sont mêlés de sang ; les traits sont profondément altérés. (*Emplâtre de ciguë à l'épigastre ; deux vésicatoires aux jambes.*)

20. Mort vers les deux heures du matin.

Autopsie le 21.—Les poumons étaient gorgés de sang, mais crépitans. La muqueuse bronchique était très-rouge ; la membrane muqueuse de l'estomac était marbrée dans plusieurs endroits. Cette disposition était due aux vaisseaux dont la coloration brune annonçait qu'ils étaient vides. Au point de réunion du cardia avec le corps du ventricule, on voyait des réseaux très-compliqués. La plus grande partie de l'intestin grêle était saine. Dix-huit à vingt pouces avant sa terminaison au cœcum, on trouvait de distance en distance de petits points noirâtres ; dans cet endroit, la membrane muqueuse était ramollie et s'enlevait facilement avec l'ongle. Le colon lombaire droit et le colon transverse étaient recouverts d'un enduit brunâtre semblable à du noir de fumée ; le lavage l'enlevait en partie. La membrane muqueuse, dans ces portions d'intestin, était brune et plus épaisse que dans l'état normal. Le foie avait beaucoup augmenté de volume ; il était bosselé dans plusieurs endroits et surtout vers son bord droit. En le coupant par tranches, nous avons trouvé dans son parenchyme un assez grand nombre de tubercules jaunâtres dont la consistance variait, mais qui n'étaient point dans un état de ramollissement avancé. La vésicule biliaire renfermait quelques calculs. Les autres organes étaient sains.

L'inflammation du tube digestif nous paraît, dans ce

cas, avoir précédé la maladie de l'organe sécréteur de la bile. La femme Albert, en effet, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à son entrée à l'hôpital Saint-Louis, et ce ne fut qu'après l'emploi répété de l'émétique et des purgatifs, qu'elle s'aperçut du dérangement de ses fonctions digestives. Il nous est d'ailleurs impossible de dire quand et comment s'est établie la lésion du foie. Cette observation prouve combien le diagnostic des maladies de ce viscère est encore obscur. Dans l'exemple que nous venons de citer, les symptômes notés pendant la vie s'expliquent très-bien par les lésions de la membrane bronchique et du tube digestif. Plusieurs faits qui nous ont été racontés annoncent cependant que dans diverses lésions du foie, sans affection aucune de l'estomac et des intestins, les malades présentent quelquefois pour symptômes des nausées, des vomissemens, du dévoiement, et une grande sensibilité de l'épigastre et de l'abdomen. Il existe peut-être des différences susceptibles de faire distinguer quand ces signes appartiennent à une maladie des voies digestives ou à une affection du foie; jusqu'à présent, elles ont échappé aux praticiens. Nous ferons seulement remarquer que chez une femme (1) morte à l'hôpital de la Charité, et dont malheureusement nous avons perdu l'histoire, l'embonpoint persista jusqu'à la fin, et que le facies avait un air de souffrance et d'inquiétude, sans néanmoins présenter cette coloration jaunâtre, cette maigreur et cette fatigue des traits qu'on observe chez les individus qui ont des phlegmasies des intestins.

---

(1) Cette malade avait eu pendant sa vie des nausées, des vomissemens, et une grande sensibilité de l'épigastre ; ces symptômes nous firent croire à l'existence d'une gastro-entérite. A l'ouverture, nous ne trouvâmes qu'un assez grand nombre de tubercules dans le foie.

X.ᵉ *Obs.* — *Gastrite chronique, entérite récente, hypertrophie du foie, dégénérescence squirrheuse et encéphaloïde de l'éminence porte-antérieure, calculs de la vésicule bilaire, bronchite.* — M.ᵐᵉ L..., employée au Gymnase, âgée de 60 ans, native de Toulouse, entra le 24 mai 1827 à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Kapeler.

Il y a trois mois, cette dame, voyant que ses digestions se faisaient mal, prit plusieurs grains d'émétique pour se débarrasser l'estomac. A cette époque, elle avait, en effet, la bouche amère; les alimens lui causaient un sentiment de gêne dans la région épigastrique; elle était tourmentée d'envies de vomir. L'émétique lui fit rendre une grande quantité de matières verdâtres; et tous les symptômes gastriques disparurent. Ce retour à la santé fut presque aussitôt suivi d'une faiblesse générale qui augmenta de jour en jour. Sa position ne lui permettant plus de remplir les devoirs de sa place, elle entra à la Maison royale de santé, où, pendant les six semaines qu'elle resta, elle fut seulement soumise au régime. Durant son séjour dans cette maison, elle commença à tousser. Le 1.ᵉʳ juin, sixième jour de son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, elle fut prise de vomissemens qui depuis, ont toujours persisté. Les alimens franchissent sans obstacle l'orifice cardia, et ne sont rejetés qu'au bout de quelque temps.

4. La bouche est amère, la langue blanchâtre, la malade a des nausées, elle vomit des matières verdâtres; les boissons passent, mais elle dit qu'elles s'en vont en dévoiement aussitôt qu'elle les a prises. Les alimens sont avalés facilement; ils séjournent quelque temps dans l'estomac, puis ils sont rejetés, altérés, offrant une couleur jaune verte, et laissant un goût d'amertume dans la bouche. La région épigastrique est tendue à droite; près

de la vésicule, on sent un corps dur, semblable à un anneau, et qui paraît appartenir au pylore. La pression de l'épigastre est douloureuse, principalement sur la tumeur. Le ventre n'est point sensible, quoique la malade aille continuellement en dévoiement. Le pouls est très-petit, la face considérablement amaigrie, les rides très-prononcées, les yeux enfoncés dans l'orbite, la teinte jaune paille, le regard fixe et un peu étonné. Les facultés intellectuelles sont très-saines; la peau est sèche; la respiration s'entend assez bien; elle est mêlée à un râle muqueux; il n'y a point d'appétit. L'ensemble de ces symptômes nous fait penser qu'il existe une gastrite chronique avec dégénérescence cancéreuse du pylore. (*Riz gomm. édulc. avec sirop de coing.*)

6. La couleur jaune paille est plus prononcée; la malade est abattue. En explorant de nouveau la tumeur avec M. Leth, interne de service, nous trouvons qu'elle est mobile; aphonie depuis deux jours. (*Même prescription.*) Mort dans la journée; connaissance parfaite jusqu'au dernier moment.)

Autopsie le 7. — Les poumons contenaient beaucoup de sérosité dans leurs bronches. La muqueuse de ces canaux était d'un rouge violet. L'estomac, plus distendu que dans l'état normal, présentait une couleur blanchâtre dans plusieurs points; la muqueuse était amincie, ainsi que les autres membranes; elle avait en général cette couleur brunâtre signalée par les observateurs modernes dans la phlegmasie chronique de cet organe. Le duodénum était sain; l'intestin grêle légèrement brunâtre et le cœcum d'un rouge rosé. Cette coloration se retrouvait dans la plus grande partie du colon, et notamment dans le colon transverse. Les ganglions du mésentère étaient très-hypertrophiés; ils offraient des traces évidentes d'inflammation. Les uns étaient légèrement rosés, les

autres d'un rouge vif dans la moitié de leur étendue, plusieurs presqu'entièrement rouges; quelques-uns étaient d'un rouge violet et commençaient à se ramollir. Les mêmes altérations existaient dans la plupart des ganglions placés le long de la colonne vertébrale. Le foie était très-augmenté de volume; il avait envahi tout l'hypochondre gauche. Sa face convexe était granulée; sa face concave était d'un rouge violet dans la plus grande partie de son étendue. Au-dessous du rebord cartilagineux des côtes, il faisait une saillie remarquable qui correspondait au pylore. Cette saillie était formée par l'éminence porte antérieure qui était convertie en tissus squirreux et encéphaloïde; sur la face convexe du foie, on voyait une petite tache circulaire blanchâtre. Le tissu jaune paraissait plus développé que le rouge. La vésicule était épaissie, diminuée de volume, et contenait plusieurs calculs. Nous n'avons point trouvé d'autres altérations.

La malade qui fait le sujet de cette observation présentait-elle des signes d'une phlegmasie chronique de l'estomac avec lésion du pylore? Nous le pensons. En effet, elle éprouva, trois mois avant l'affection qui termine ses jours, les symptômes d'une gastrite commençante. L'émétique semble, il est vrai, avoir fait disparaître tous les signes; mais l'extrême faiblesse qui leur succéda annonce que l'économie avait reçu quelque atteinte grave. La maigreur de la face, sa couleur jaune paille, la sensibilité de l'épigastre, les nausées, les vomissemens, la tumeur sentie aux environs du pylore, sont autant de motifs qui me paraissent devoir faire admettre que la maladie de l'estomac, masquée par la faiblesse générale, a marché d'une manière latente, et a fait ensuite explosion lorsque l'altération a été plus profonde. La mobilité de la tumeur donnée par un médecin célèbre comme un signe qui différencie les maladies de l'estomac de celles du foie,

est encore un motif en faveur de notre diagnostic. Prétendre, comme plusieurs personnes l'ont fait, qu'il ne pouvait y avoir de lésion du pylore, puisqu'il n'y avait point eu des vomissemens brunâtres, semblables à du marc de café, c'est émettre un fait que l'observation est loin de confirmer. Les vomissemens n'ont pas cette couleur dans les premiers temps de la maladie; ce n'est que lorsque la désorganisation est avancée qu'ils la présentent; quelquefois même ils ne la présentent pas. Dans certains cas, le malade succombe à une affection cancéreuse de l'estomac sans avoir jamais vomi. J'ai observé ce fait remarquable chez un homme qui mourut dans le service de M. Kapeler. On voit donc qu'il existait des signes certains d'une phlegmasie chronique de l'estomac, et des signes présumables d'une altération du pylore. Nous croyons que dans un cas semblable le diagnostic serait encore le même. La lésion du lobe de Spigel est en effet fort rare, et il n'y aurait que l'absence des phénomènes d'irritation gastrique, et l'existence d'une tumeur dure, isolée, dans cette région, qui pourraient la faire soupçonner.

Obs. XIe — *Hydatides développées dans le foie, dans l'épiploon gastro-hépatique, gastro-colique, et dans le grand épiploon, avec tumeur située sur les cartilages des côtes asternales droites; pleurésie chronique, avec épanchement dans la plèvre du côté droit* (1). — Jean Merlin, cordonnier, âgé de trente-cinq ans, d'une constitution grêle, entra à l'hôpital Cochin le 11 janvier 1826. Cet homme disait avoir joui d'une assez bonne santé jusqu'au mois d'août 1824, quoiqu'il eût le ventre habituellement très-volumineux. A cette époque, il

(1) Cette observation a été recueillie par M. Pinault, un des internes les plus zélés et les plus laborieux des hôpitaux civils de Paris.

éprouva une douleur fort vive dans la partie latérale droite du thorax, de la toux et une grande difficulté de respirer. Admis à l'Hôtel-Dieu, il y fut traité par des saignées générales et deux applications de sangsues sur le point douloureux. Au bout d'environ deux mois, il sortit de l'hôpital, quoiqu'il ne fut pas entièrement guéri. Il conservait encore une douleur obtuse dans le côté droit de la poitrine, une toux sèche et une assez grande difficulté de respirer. Un aussi mauvais état de santé ne l'empêcha point de reprendre son métier de cordonnier, auquel il continua de se livrer pendant huit mois. Dans le courant d'octobre de l'année 1825, il ressentit au niveau des cartilages des côtes asternales droites une douleur très-vive, pour laquelle il entra de nouveau dans les salles de médecine de l'Hôtel-Dieu. On combattit ce symptôme par des applications de sangsues et des cataplasmes émolliens. Bientôt il se manifesta à l'endroit de la douleur une tumeur qui acquérait chaque jour plus de volume. Le malade, d'un caractère très-impatient, et désolé qu'il était de voir que son mal allait toujours en croissant, demanda sa sortie; mais, trop faible pour pouvoir reprendre ses occupations, il entra huit jours après à l'hôpital Cochin, où il se présenta dans l'état suivant:

Il portait sur les cartilages des côtes asternales droites une tumeur qui fixa l'attention. Elle était plus volumineuse que le poing, indolente, fluctuante dans toutes les parties. La peau qui recouvrait le sommet de cette tumeur était d'un rouge livide, et paraissait prête à se rompre. Le ventre était très-volumineux, très-dur, peu sensible à la pression. On sentait le foie qui se prolongeait au-dessous des fausses côtes, mais il n'était pas possible d'indiquer ses limites. Les fonctions digestives s'accomplissaient d'une manière régulière. Cependant cet homme était amaigri, sa figure était pâle; les extrémités

inférieures n'étaient point infiltrées. On prescrivit à ce malade l'eau d'orge et le quart pour régime. La tumeur fut recouverte de cataplasmes émolliens. Deux jours après son entrée, M. Guerbois examina avec soin la tumeur dont il a été parlé, et il pensa qu'elle communiquait avec le foie; il y enfonça la pointe d'un bistouri très-étroit; à l'instant il s'écoula un liquide très-purulent, sans odeur; mais bientôt le jet fut interrompu par une sorte de membrane qui vint se présenter à l'ouverture. Celle-ci fut agrandie, et il sortit alors beaucoup de membranes, parmi lesquelles se trouvaient de petites vésicules transparentes contenant un liquide limpide. Dès-lors on s'aperçut qu'on avait affaire à des hydatides, et l'on fut convaincu que la tumeur communiquait avec le foie. Une mèche de linge effilé fut introduite dans l'ouverture pratiquée à la tumeur; on la recouvrit ensuite de charpie et de compresses, qu'on soutint à l'aide d'un bandage de corps. Le pansement fut renouvelé tous les jours de la même manière. A chaque pansement, on apercevait des hydatides dans les pièces qui composaient l'appareil. Par l'ouverture qui avait été faite s'écoulait une sérosité purulente, d'abord sans odeur, mais qui acquit de la fétidité pendant les derniers momens de l'existence du malade. Celui-ci ne présenta rien de particulier durant les cinq jours qui suivirent l'ouverture de la tumeur. Vers le septième, il se plaignit de n'avoir pu dormir. La région du foie était devenue douloureuse. Le pansement fut fait comme les autres jours. On nota que le liquide qui sortait par l'ouverture de la tumeur était d'un jaune-brun, et d'une assez grande fétidité. Le malade eut une selle sanguinolente. Il mourut dans la nuit, après s'être mis sur la chaise percée.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouva le foie beaucoup plus volumineux qu'à l'ordinaire. Il remplissait tout l'hypochondre droit, l'épigastre, l'hypochon-

dre gauche, et descendait au-dessous des fausses côtes. La face convexe du lobe droit avait contracté des adhérences avec les parois abdominales dans l'endroit qui correspond aux cartilages des côtes asternales droites. Avant de détruire ces adhérences, on reconnut que l'ouverture de la tumeur conduisait dans un vaste kyste, ayant pour le moins le volume d'une tête de fœtus. Ce kyste était tapissé par une substance gélatineuse, à la surface interne de laquelle on apercevait un grand nombre de petites vésicules transparentes. Cette substance gélatineuse pouvait se diviser en plusieurs couches, dont les plus externes étaient les plus denses, et les plus internes comme vésiculées. Ces fausses membranes étaient colorées par une matière jaune noirâtre, formée évidemment par la matière colorante de la bile. Dans le kyste était un grand nombre d'hydatides affaissées. Les parois de la poche étaient cartilagineuses et même osseuses dans quelques points; la surface interne était très-inégale; son épaisseur était d'une ligne et demie et quelquefois même de trois lignes. Le diaphragme était entièrement adhérent à la partie supérieure de la poche. On pouvait l'en séparer dans quelques points; mais cette séparation était impossible dans un grand nombre d'autres. Cette poche semblait, au premier coup-d'œil, formée aux dépens de la substance du foie; mais avec un peu d'attention, il a été facile de voir que cette substance était seulement refoulée autour du kyste. Un grand nombre de vaisseaux parcouraient la face du kyste adhérent au foie, et quelques-uns de ces vaisseaux paraissaient s'ouvrir dans la poche; en arrière, le kyste adhérait à l'organe sécréteur de la bile par un tissu cellulaire très dense. Le lobe droit ne conservait plus dans ses parois qu'une largeur d'environ un pouce (1).

(1) Cette pièce, que j'ai eue sous les yeux à la Société anato-

Dans l'épaisseur du ligament suspenseur du foie existaient deux kystes, qui s'étaient creusé une gouttière sur la face convexe de l'organe. L'un de ces kystes avait plus de volume qu'un œuf d'oie; il était uni au foie par un tissu cellulaire osseux, excepté à la partie antérieure, où l'on apercevait un grand nombre de vaisseaux.

A la face concave, on voyait dans la partie antérieure deux autres kystes, dont l'un contenait une matière jaunâtre analogue par son odeur et sa couleur à la matière fécale, et l'autre, une fausse membrane jaune repliée un grand nombre de fois sur elle-même. Une matière jaune, comme pulpeuse, recouvrait la face interne de ce kyste, dont les parois contenaient un autre kyste rempli de petites hydatides. La vésicule biliaire avait été refoulée à droite par le développement de ces kystes. A l'extrémité gauche existaient deux kystes, dont l'un, ayant à-peu-près le tiers de la capacité du kyste droit, avait refoulé à droite la substance du foie; il était uni à cet organe par un tissu cellulaire dense; la veine cave lui adhérait, et contenait un grand nombre d'hydatides opaques affaissées, et une matière semblable à de la boue. L'autre kyste, postérieur au précédent, adhérait à la rate, et la refoulait comme le foie était refoulé par le grand kyste.

L'épiploon gastro-hépatique, l'épiploon gastro-colique et le grand épiploon contenaient plus de cinquante kystes, dont le volume variait depuis celui d'une noix jusqu'à celui des deux poings. Ces kystes étaient disposés en forme de chapelet, et s'étendaient depuis la face concave du

mique, m'a démontré de la manière la plus positive que le kyste s'était développé dans le lobe droit du foie, et qu'il avait ensuite, dans son accroissement, repoussé autour de lui le parenchyme du viscère.

foie jusqu'au bassin, qui était rempli par un autre kyste très-volumineux, situé entre le rectum et la vessie, et qui paraissait avoir pris naissance dans la vésicule séminale droite, avec laquelle il était confondu. La surface externe de ces kystes était blanchâtre, lisse et recouverte par le péritoine ; l'interne était tapissée par une fausse membrane.

Leur cavité était remplie par de petites vésicules transparentes, dont le volume variait depuis celui d'un grain de plomb jusqu'à celui d'un œuf. Ces vésicules arrondies contenaient un liquide très-limpide, et appartenaient au genre d'hydatides que Laennec a désignées sous le nom d'acéphalocystes. L'appareil digestif et les poumons étaient enflammés.

L'existence des hydatides dans le foie est reconnue depuis longtemps, et les praticiens en ont rapporté des exemples remarquables; mais si les observations d'hydatides sont assez fréquentes, il est plus rare pendant la vie de constater la présence de ces productions, et de les voir expulsées par quelqu'ouverture non naturelle. Plusieurs faits démontrent cependant que les hydatides peuvent s'échapper au dehors ou par une ouverture des parois de l'abdomen, ou par les selles ou par les vomissemens. La malade dont M. Devilliers a donné l'histoire, dans les *Ephémérides des sciences naturelles et médicales*, (2.e livrais. 1816), en rendit une quantité innombrable par une ouverture faite à l'épigastre, et fut entièrement guérie, quoiqu'à l'âge de 73 ans. Deux faits semblables sont cités par Plater et Guattani. L'observation de Merlin n'est pas moins intéressante sous le rapport des symptômes qui précédèrent et suivirent l'apparition des hydatides; mais dans ce cas la terminaison de la maladie fut fatale, et il n'en pouvait être autrement d'après l'examen des lésions qu'on rencontra dans le corps. Un fait fort curieux semblerait annoncer qu'il existe des cas

où la ponction d'un kyste hydatique avec injection d'un liquide dans cette cavité peut être suivie de guérison. Un homme de 21 à 22 ans, fit une forte chute il y a environ six semaines. Presque à la même époque il s'apperçut qu'il se formait une tumeur dans l'hypochondre droit au-dessous du rebord cartilagineux des côtes asternales. (1) Cette tumeur ayant fait des progrès, il entra à l'Hôtel-Dieu, dans les premiers jours de mai 1827, service de M. le professeur Récamier. Huit ou dix jours après, ce médecin sentit de la fluctuation au centre de la tumeur, il y plongea un troisquart; la ponction ayant donné issue à une grande quantité de sérosité, il fit appliquer sur la tumeur une traînée de potasse caustique. La plaie produite par la chute de l'escarre permit au liquide accumulé dans le foie de se faire jour au-dehors, l'évacuation fut abondante et mêlée de beaucoup d'hydatides. Pour prévenir les accidens qui pouvaient résulter de la vacuité du viscère ou pour favoriser le retour sur elles-mêmes des parois de la cavité, M. Récamier imagina d'injecter par l'ouverture une quantité d'orge miellée égale à la quantité de sérosité évacuée. Cette opération ne fut suivie d'aucun résultat fâcheux. Ce traitement durait depuis plus de trois semaines, lorsque je vis le malade avec M. Vulpes, médecin du Roi de Naples et de la maison d'Aversa; il avait la face rouge (2), amaigrie, le ventre était volumineux, mais sans douleur appréciable. Le pouls était fréquent, un peu dur, et se déprimait facilement. Ce malade nous dit qu'il était sujet depuis fort long-temps à des coliques très-vives dans le bas ventre, il n'a pu nous indiquer où elles avaient prin-

(1) Il est très-probable que la tuméfaction du ventre existait déjà, et que la chute a seulement été une cause d'exaspération.

(2) L'élève de service nous a dit qu'elle était habituellement d'un pâle terreux.

cipalement leur siège. Il avait eu après sa chute un ictère qui disparut en huit ou dix jours. Depuis quelque temps on était obligé de diminuer la quantité de l'injection, parce que les parois du kyste paraissaient revenir sur elles-mêmes. Les vives douleurs auxquelles ce jeune homme était en proie, doivent être considérées comme un symptôme qui dénote un ancien travail morbide du foie; la chute aura hâté le développement. On sait, en effet, que dans le plus grand nombre de cas, les hydatides se forment très-lentement. Des faits authentiques prouvent que des kystes hydatifères du foie, dataient de cinq, six et même sept années. Il est constant que dans beaucoup d'exemples on voit souvent les fonctions des organes se conserver intactes fort long-temps, quoique les lésions soient considérables, cette circonstance est même un signe presque caractéristique des maladies qui ont marché avec une grande lenteur. Chez Merlin qui fait le sujet de notre 11.e observation, le volume considérable du foie est également favorable à l'opinion de la chronicité de l'affection.

Nous avons dit au commencement de ce mémoire que les hydatides (1) seraient l'objet de quelques réflexions, parce que différens motifs nous empêchaient de les ranger dans le règne animal. Jusqu'à présent, en effet, il ne paraît point qu'on ait observé chez les acéphalocystes de mouvemens spontanés, et si quelques personnes les ont vus se contracter lorsqu'on les retirait du corps d'un animal récemment tué, et qu'on les plongeait aussitôt dans l'eau tiède, ce résultat, purement chimique, n'est pas plus un signe de vie que la contractilité fibrillaire sous l'influence du galvanisme. D'ailleurs rien n'empêche que les acéphalocystes participent jusqu'à un certain degré

(1) Nous ne voulons parler ici que des acéphalocystes.

de la contractilité du tissu auquel elles adhéraient. On a encore prétendu que le liquide de la cavité des acéphalocystes étant presque toujours transparent et semblable à de l'eau, cette disposition pourrait indiquer une sorte d'assimilation; mais pour s'étayer d'un pareil fait, il faudrait n'avoir jamais vu de kystes. Pour peu qu'on ait fréquenté avec quelque soin la clinique des hôpitaux, on rencontre de ces tumeurs remplies d'une eau limpide. Il est donc permis, sans être trop sceptique, de douter de l'animalité de ces êtres, et de chercher à en donner une explication toute différente de celle qui est généralement reçue. L'opinion des médecins qui contestent l'animalité des acéphalocystes n'est point nouvelle. On lit dans les lettres de Morgagni que plusieurs auteurs pensaient que les hydatides étaient formées par une vésicule glanduleuse dont l'orifice se serait fermé. Warton les attribuait à l'oblitération, par les deux extrémités, de l'intervalle qui existe entre deux valvules d'un vaisseau lymphatique. Ruysch, qui voyait partout des vaisseaux, ce qui pourrait bien être, regardait les hydatides comme les extrémités des vaisseaux sanguins qui ont changé leur première nature et qui ont pris une forme vicieuse. D'autres ont admis que si une humeur aqueuse venait à s'écouler, non seulement des parois des vaisseaux lymphatiques légèrement lésées, mais encore de quelque endroit que ce soit, elle pouvait se répandre entre les petites membranes environnantes, les soulever et les transformer en hydatides. Si ces différentes hypothèses, quelqu'ingénieuses qu'elles soient, ne font point suffisamment connaître les hydatides, il n'en est plus ainsi, selon nous, lorsqu'on les compare avec les kystes. Pour démontrer les nombreux points de contact de ces deux productions, nous examinerons successivement leurs caractères anatomiques, chimiques et physiques, leurs lésions, et les symptômes

sous l'influence desquels elles se développent. Nous exposerons ensuite notre opinion sur l'origine des hydatides, et nous répondrons à l'objection qu'on fait de leur réunion en une seule poche.

Les kystes, comme les hydatides, représentent une cavité membraneuse hermétiquement fermée, en contact avec un liquide qui la remplit. Ces cavités ont généralement la forme globuleuse (1), leur volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui de l'abdomen distendu. Les kystes sont tantôt isolés, tantôt groupés plusieurs ensemble; cette disposition existe également chez les acéphalocystes en grappe. La surface externe des kystes est floconeuse, cellulaire, quelquefois garnie d'une couche fibreuse, leur surface interne est lisse et polie. Il n'y a point de différences notables pour les hydatides, il faut cependant dire que leurs parois paraissent dénuées de fibres. L'épaisseur varie également dans les kystes et les hydatides. Tantôt les kystes adhèrent d'une manière intime avec les parties environnantes, tantôt ils semblent n'offrir qu'une simple agglutination; l'adhérence n'établit donc point une différence marquée entre ces deux productions. Nous avons fait déjà remarquer que la limpidité des liquides n'était point un caractère propre aux hydatides, puisque les kystes séreux présentaient quelquefois la même particularité. Les kystes dans lesquels la plupart des hydatides sont enfermées ont aussi la plus grande analogie de structure avec les kystes séreux; le tissu fibreux en est réellement la base. Le liquide que contiennent ces deux espèces de kystes, par ses variétés mêmes, établit entre eux beaucoup de ressemblances.

---

(1) La forme globuleuse existe dans toutes les trames alvéolaires, dans tous les tissus parenchymateux de l'économie animale, ainsi que dans la plupart des végétaux.

Ainsi l'on y trouve une sérosité limpide, diversement colorée, épaisse, de la graisse à l'état fluide ou en paillettes, et formant de la cholestérine, du mucus qui ne se coagule pas par la chaleur, un mélange de mucus et d'albumine, de la matière semblable au chocolat, du sang pur, des substances salines cristallisées, une matière analogue à la gomme élastique. L'analogie des kystes et des hydatides est frappante dans les vésicules séreuses des plexus choroïdes, dans celles de l'extrémité frangée de la trompe utérine, et dans les vésicules des membranes muqueuse, nasale et utérine. Béclard avait déjà émis l'opinion que la môle hydatide (acéphalocyste en grappe) appartenait au genre kyste.

Les altérations morbides établissent de grands rapports entre les kystes et les hydatides. Les kystes sont sujets à toutes les variétés de l'inflammation, aux productions dites accidentelles. On les a observés partout, si ce n'est peut-être dans les os et dans les cartilages. Les hydatides ont été vues, dans la plupart des organes, entourées par le pus, transformées en d'autres produits morbides. M. Andral, page 319 du 4.e volume de la *Clinique*, rapporte l'observation d'un homme chez lequel on trouva dans le foie une cavité qui aurait pu admettre deux oranges, et qui contenait deux matières distinctes : 1.° du pus blanc, crêmeux, bien lié, inodore; 2.° au milieu de ce pus, des hydatides dont quelques-unes seulement étaient encore entières, et dont le plus grand nombre, crevées, ne consistaient plus qu'en débris de membranes roulées sur elles-mêmes. Celles qui étaient entières présentaient cette circonstance remarquable, que plusieurs points de leurs parois étaient opaques et d'un blanc laiteux (1). Après qu'on eut vidé cette cavité des diverses

(1) Cette circonstance nous a paru également devoir être no-

matières qui la remplissaient, on vit que ses parois n'étaient tapissées que par une simple couche de pus concret, et qu'au-dessous de cette couche, existait le parenchyme du foie, plus rouge et plus friable dans l'étendue de quelques lignes autour de la cavité que partout ailleurs. Baron, médecin anglais (*An inquiry on tuberculous diseases, London*, 1817.), a cité dans son ouvrage des faits qui tendent à prouver que les tubercules, toutes les tumeurs, et même les corps étrangers suspendus ou libres dans les cavités séreuses et synoviales, sont dus à la formation, au développement et aux transformations des hydatides ou des kystes hydatiformes. Les travaux du savant M. Dupuy, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort, sur la formation des tubercules dans les poumons de plusieurs ruminans, et en particulier des vaches, sont favorables à cette opinion. Ce professeur a remarqué qu'à la surface externe des hydatides qu'il a rencontrées dans le poumon de ces animaux, entre le kyste hydatique et les membranes propres de l'animal, on voit souvent se déposer une matière blanchâtre, demi-liquide, qui en se desséchant devient semblable au tubercule. Il arrive quelquefois que l'hydatide se détruit, et que la cavité qu'elle occupait se remplit de matière tuberculeuse, qui est sécrétée, suivant M. Dupuy, par la surface interne du kyste. M. Andral a aussi trouvé dans le foie d'un lapin un mélange de matière tuberculeuse et d'hydatides, tel qu'il a été signalé chez les ruminans par le savant et laborieux professeur d'Alfort. Le foie de cet animal était parsemé d'un grand nombre d'hydatides qui

---

tée, parce que MM. Laennec et H. Cloquet disent qu'assez souvent on observe, dans les parois des acéphalocystes, des épaississemens blancs, irréguliers et plus ou moins étendus qui pourraient bien dépendre d'une maladie de l'animal.

se présentaient sous trois aspects différens. Les unes étaient entières et en contact avec le tissu du foie, dont les isolait seulement une membrane mince, de nature cellulo-fibreuse. Les autres, également entières, étaient séparées de cette membrane par un amas irrégulier de matière blanchâtre et friable; on eût dit de petits fragmens de lait caillé, ou ailleurs de craie saturée d'eau. Enfin d'autres hydatides étaient rompues, et on ne trouvait plus qu'avec peine les débris de leur tissu gélatineux au milieu de la matière qui vient d'être décrite, et qui en occupait la place. Dans d'autres cas, on a vu du sang et des liquides très-variés s'épancher autour d'hydatides, et quelquefois celles-ci ne plus exister que sous forme de débris au milieu d'un amas de sang ou de pus.

L'examen des symptômes qui accompagnent le développement des kystes et des hydatides, fournit de nouvelles preuves de l'analogie qui existe entre eux. Comme les kystes, les hydatides se développent le plus fréquemment avec une extrême lenteur. Il n'est pas rare de voir ces deux productions manifester leur présence par un sentiment de douleur assez marqué. Dans le plus grand nombre de cas, elles n'amènent qu'à la longue le dérangement des fonctions. C'est ainsi, par exemple, que chez Merlin, les hydatides n'apparurent qu'au bout d'un certain temps, qu'elles occasionnèrent de la douleur, et qu'elles ne déterminèrent aucun trouble dans les fonctions digestives. Les causes qui, dans plusieurs circonstances, ont donné lieu aux kystes et aux hydatides, paraissent avoir été de nature à provoquer un état d'irritation. Ainsi, une tumeur enkystée de l'abdomen a été la suite d'une contusion de cette région. On cite des exemples de ramollissement, d'induration, d'abcès du foie, d'hydatides de cet organe, d'atrophie, et enfin de dégénérescence cancéreuse de son parenchyme, qui prouvent que ces altéra-

tions se développent sous l'influence d'un même ordre de causes, savoir, des violences extérieures. M. Andral a fait une remarque semblable. M. Goupil a rapporté à l'Athénée de médecine, dans sa séance du 16 juin 1827, l'histoire d'un gendarme qui avait reçu un coup de pied de cheval dans l'hypochondre droit. Il conserva dans ce point des douleurs sourdes et une tuméfaction qu'on pensa appartenir au foie. Trois ans après, cet homme étant mort, M. Goupil compta plus de trois cents hydatides dans le foie.

Nous avons déjà parlé des produits trouvés dans les tumeurs enkystées. Des analyses récentes de kystes ont donné pour résultats de l'eau, de l'albumine, une matière incoagulable, que l'on peut regarder comme une sorte de mucus gélatiniforme, une matière fibrineuse et de la soude. Mon confrère, M. Collard de Martigny, a présenté dernièrement à la société anatomique une note sur l'analyse des hydatides du foie, voici les résultats qu'il a obtenus : Le *liquide* renfermé dans le kyste hydatique était limpide, d'une odeur fade et désagréable, plus pesant que l'eau distillée, légèrement alcalin; il tenait en suspension quelques flocons amorphes d'albumine. Chauffé et filtré, il laissait précipiter une petite quantité d'albumine; il renfermait de l'hydro-chlorate de soude. Le *kyste* contenait, 1.° de l'albumine; 2.° un peu de matière grasse saponifiable par la potassse; 3.° une trame celluleuse, insoluble dans l'eau froide et bouillante, l'alcohol froid et bouillant; soluble dans l'acide sulfurique, qu'elle teignait en brun noir, et dans la potasse à froid; 4.° une substance analogue au *mucus*, dont elle différait par sa grande solubilité dans les acides nitrique et hydrochlorique concentrés, sans dégagement de gaz, et parce que l'acide sulfurique concentré la dissolvait également et ne la charbonnait point, et qu'elle était moins soluble dans les

alcalis. Cette substance a paru à M. Collard de nature particulière. L'analyse chimique est donc encore une nouvelle démonstration en faveur de la grande analogie des kystes et des hydatides.

Récemment, les travaux du docteur Velpeau, sur l'embryogénie, ont fait voir que certaines espèces d'hydatides, et spécialement les acéphalocystes en grappe, ne devaient point être rangées parmi les vers. Voici comment s'exprime M. le professeur Désormeaux, art. *Œuf*, du 15.[e] volume du *Dictionnaire de Médecine*, à l'occasion des faits observés par le savant anatomiste que nous venons de citer.

« Le docteur Velpeau a vu, sur des œufs d'un mois à six semaines, soit à l'œil nu, soit armé d'une loupe, que l'extrémité d'une infinité de ramuscules présente un renflement subit, arrondi ou ovale, qui offre l'apparence d'une vésicule; que ces renflemens existent aussi en grand nombre sur la continuité de ces ramuscules; de sorte que ces rameaux vasculaires présentent l'aspect d'une grappe de groseilles, ou, pour mieux dire, d'une grappe de ces vésicules dont l'ensemble compose la môle hydatique. L'examen de ces pièces, continue le même professeur, fait naturellement naître l'idée que la môle hydatique n'est que le produit de cette disposition naturelle ou morbide portée au plus haut degré de développement.» Ces faits confirment les découvertes de Valisniéri.

On lit également, dans un très-bon Mémoire de M.[me] Boivin sur la môle vésiculaire, que cette production ne saurait reconnaître d'autre origine que celle de la maladie des membranes de l'œuf et des villosités dont se couvre une partie de leur surface. Les faits rassemblés dans ce Mémoire démontrent, en effet, que la môle hydatoïde n'est pas un composé de vers vésiculaires: que les vésicules dont elle est formée sont le résultat d'une

disposition morbide des vaisseaux capillaires de l'amnios, d'une affection particulière du chorion ou du placenta; que cette production vasculeuse dépend d'une altération des membranes séreuses de la coque de l'œuf. L'utérus n'est pas le lieu exclusivement affecté au développement des hydatides en grappe; on a rencontré ces vésicules sur les membranes séreuses, encéphaliques, thoraciques et abdominales. Cette opinion de M.me Boivin sur la nature des acéphalocystes en grappe est encore un argument de plus en faveur de l'analogie des hydatides et des kystes, puisque ceux-ci sont évidemment, dans un grand nombre de cas, le résultat d'un travail morbide.

Les bornes de ce journal nous obligent de ne pas nous étendre davantage sur ce sujet; mais pour quiconque a suivi attentivement la série de faits et de raisonnemens par lesquels nous avons cherché à faire, pour ainsi dire, toucher du doigt les nombreux points de contact de ces deux productions, il ne doit rester aucun doute sur l'analogie des kystes et des hydatides. Peut être même pourrait-on aller jusqu'à dire, qu'à raison de leurs causes, de leurs symptômes et de leurs altérations, les kystes et les hydatides ne sont autre chose que des produits variés de l'inflammation. Nous ne dirons qu'un mot de l'objection qui repose sur l'existence constante d'un kyste hydatique, et sur la réunion dans ce kyste des hydatides, soit seules, soit dans une hydatide mère. On ne saurait alléguer l'existence du kyste hydatique comme un fait constant, parce qu'on a observé des hydatides solitaires dans l'utérus, les reins, etc. Béclard a rencontré une fois sous la peau du cou, et plusieurs fois sous la peau de la mamelle, les trois genres d'acéphalocystes, uniques, non enkystés, comme accolés ou agglutinés au tissu cellulaire. La réunion dans un même kyste ne prouve rien davantage, puisqu'on a trouvé des acéphalocystes en

grappe dans d'autres organes que l'utérus, et qu'on conçoit facilement qu'ils peuvent se rompre et exister dans un plus grand kyste.

En parcourant les diverses observations contenues dans ce Mémoire, on a pu voir que nous rangions les congestions sanguines générales et partielles, le ramollissement du foie, et surtout le ramollissement rouge couleur lie de vie, les abcès, parmi les phlegmasies aiguës; et l'hypertrophie, l'atrophie, l'induration, les cicatrices, le cancer, la matière cérébriforme, les tubercules, les kystes et probablement les hydatides, parmi les phlegmasies chroniques. Nous avons surtout fait remarquer que les productions dites accidentelles existaient constamment avec l'hypertrophie. Nous devons maintenant arrêter notre attention sur les symptômes qui ont accompagné ces diverses affections du foie, examiner s'ils sont communs à toutes, noter ceux qui sont particuliers à quelques-unes, et donner une esquisse rapide du traitement. Cette dernière partie ne pouvait être déduite d'observations dont la terminaison a toujours été la mort; nous l'avons extraite d'un autre travail sur les maladies du foie suivies de guérison, et des communications qui nous ont été faites par plusieurs praticiens distingués.

Pour procéder avec ordre dans l'examen des phénomènes qui caractérisent les maladies du foie, nous étudierons d'abord les symptômes sympathiques et en second lieu les symptômes locaux. Le trouble des fonctions circulatoires qu'on nota le plus souvent, fut la petitesse du pouls; il était d'une faiblesse extrême dans les épanchemens sanguins du foie; petit, faible, mais régulier dans le ramollissement; faible et filiforme dans la décoloration, l'hypertrophie et l'induration; petit dans les dégénérescences squirrheuse et encéphaloïde de l'éminence porte antérieure; très-petit et à peine sensible dans une collection d'hyda-

tides. Les vomissemens furent observés dans un cas de ramollissement; mais ils ne peuvent être considérés comme un phénomène lié à la maladie du foie, puisqu'ils paraissent dans ce cas se rattacher à la phébite qui succéda à la saignée. Dans l'observation d'hypertrophie de la substance brune du foie avec coloration grise extérieure de ce viscère, les vomissemens dépendaient d'une lésion des voies digestives. Il en est de même de la neuvième observation. Dans plusieurs cas, cependant, les médecins ont trouvé des maladies du foie sans lésion du tube digestif; chez des individus qui pendant leur vie n'avaient présenté d'autres symptômes que des nausées, des vomissemens, du dévoiement, et une grande sensibilité de l'épigastre et de l'abdomen. M. Roche a cité un fait de ce genre à l'Athénée de médecine, dans sa séance du 2 juin 1827. Nous avons eu sous les yeux à l'hôpital de la Charité, une femme qui pendant sa vie avait présenté une réunion de symptômes qui nous fit croire à l'existence d'une gastro-entérite. A l'ouverture, nous ne vîmes qu'un assez grand nombre de tubercules dans le foie. Il est bon de remarquer que chez cette femme, l'embonpoint persista jusqu'à la fin, et que son facies avait un air de souffrance et d'inquiétude, sans néanmoins présenter cette coloration jaunâtre, cette maigreur et cette fatigue des traits qu'on observe chez les individus qui ont des phlegmasies des intestins. La face nous a paru offrir des caractères importans pour le diagnostic des maladies du foie. Ainsi, dans un cas de ramollissement, elle exprimait l'anxiété, et la peau avait une légère teinte jaunâtre. Chez un individu qui avait un abcès, des tubercules et une cicatrice du foie, la face était un peu jaune; elle était décolorée, luisante, dans l'hypertrophie de la substance brune avec coloration grise extérieure du viscère. Elle exprimait la souffrance et l'inquiétude chez une

femme qui avait une hypertrophie et des tubercules; chez une autre femme qui avait une hypertrophie avec dégénérescence squirrheuse et encéphaloïde de l'éminence porte antérieure, elle était considérablement amaigrie, les rides étaient très-prononcées, les yeux enfoncés dans l'orbite, la teinte jaune paille, le regard fixe et étonné. Dans deux observations d'hydatides, nous avons trouvé la face pâle. Il existe en ce moment à l'hôpital Saint-Antoine une femme qui a tous les signes qu'on attribue à la présence d'hydatides dans le foie; sa face est d'un pâle terreux, les traits sont fatigués, et l'ensemble de la physionomie exprime la tristesse et l'anxiété. La douleur de l'épaule n'est point un phénomène constant, mais elle n'est pas aussi rare qu'on l'a prétendu. Elle était sensible au toucher et par le mouvement chez l'individu qui avait un abcès; elle existe de la manière la plus marquée chez la femme dont nous venons de parler. Dans un assez court espace de temps, M. Kapeler l'a observée huit fois. Nous l'avons nous-mêmes notée un assez grand nombre de fois, particulièrement chez des personnes qui ont guéri. Dans quatre observations, nous avons constaté la sensibilité de l'épigastre; mais on ne peut ici tirer aucune induction de ce fait, parce que dans tous ces cas il y avait des traces réelles de phlegmasie intestinale. Néanmoins, dans l'exemple rapporté par M. Roche, et dans celui que nous avons cité, les nausées, les vomissemens et la sensibilité épigastrique étaient évidemment liés à la lésion du foie. Peut-être en était-il ainsi dans la seconde observation; du moins il existe autant de probabilités pour que les phénomènes gastriques soient dus à la phlegmasie du foie que pour qu'ils soient rapportés à la phlébite. Plusieurs auteurs ont donné comme un signe des affections du foie, la douleur qui va de l'épigastre à la région cardiaque. Dans l'observation de

ramollissement, elle se portait de la région cardiaque vers l'épigastre ; chez l'homme qui mourut avec un abcès dans le foie, elle traversait la poitrine et s'étendait dans les deux côtés. Robert Thomas, qui a vu un grand nombre d'hépatites en Angleterre et dans les îles de l'Amérique, a signalé dans ces maladies des accidens très-analogues à ceux de l'asthme; ces symptômes furent, en effet, observés chez la femme qui fait le sujet de la deuxième observation ; mais dans ce cas, ils étaient le résultat de la phlegmasie bronchique. Nous ignorons jusqu'à quel point la faiblesse et les sueurs considérables de l'homme chez lequel on trouva un abcès du foie, peuvent s'expliquer par cette altération ; nous croyons cependant que joints à la petitesse du pouls, aux frissons, et surtout à l'existence d'une tumeur dans la région du foie, ils pourraient annoncer une suppuration de cet organe. L'ascite est un phénomène qui complique assez fréquemment les phlegmasies chroniques de l'organe sécréteur de la bile. Nous l'observâmes chez une femme dont le foie était atrophié, parsemé de cirrhoses, et dont la surface convexe adhérait au diaphragme. Il y eut cette circonstance que la collection aqueuse abdominale fut précédée d'une anasarque générale, qui disparut et fut remplacée par l'ascite, et que cette anasarque reparut ensuite ; l'ascite existait également dans un cas d'hypertrophie avec tubercules du foie et compression du canal cholédoque par des masses tuberculeuses. Dans cette observation, l'infiltration commença par les extrémités inférieures; plusieurs faits semblables paraissent prouver contre l'opinion de notre savant confrère, le docteur Andral, que ce signe est commun aux maladies du foie, du cœur, et à plusieurs autres affections chroniques.

Les symptômes locaux qui se reproduisirent le plus fréquemment dans nos différentes observations, furent l'ic-

tère (1), la douleur dans l'hypochondre droit, la tuméfaction du foie, les bosselures, la sécrétion de matières jaunes, la fluctuation, la sortie des hydatides et la distension de la vésicule biliaire. La teinte ictérique existait, mais d'une manière légère, chez un individu qui avait un abcès du foie, des tubercules, et une cicatrice de cet organe; elle était uniforme chez une femme qui présentait une hypertrophie, des tubercules et un cancer du foie, avec distension énorme de la vésicule biliaire, et tumeur du pancréas comprimant les canaux. Elle fut d'abord légère, et puis fortement prononcée dans un cas d'hypertrophie et de tubercules, avec compression du canal cholédoque par des masses tuberculeuses. Ce fait est favorable à l'opinion de Bayle, qui prétend que la jaunisse qui survient dans les derniers temps de la maladie paraît dépendre assez souvent de quelques masses cancéreuses développées aux environs du pancréas et des conduits excréteurs de la bile. Dans l'observation de M. Bérard aîné, l'ictère était due à l'étranglement de la partie moyenne du canal cholédoque, par une bride très-étroite provenant du tissu lamineux qui entoure ce conduit. L'exemple rapporté dans le Journal anglais la *Lancette*, montre qu'elle était occasionnée par une tumeur compacte, au milieu de laquelle le canal cholédoque se terminait. La teinte jaune dura huit jours chez un homme qui avait des hydatides dans le foie, et dont la maladie remontait probablement à une époque ancienne. Il ne faut pas perdre de vue que, dans ce cas, l'ictère survint après une chute violente. La douleur est un des symptômes que nous avons le plus fréquemment observé;

(1) Il est facile de comprendre les motifs qui nous ont fait ranger l'ictère et la sécrétion de matières jaunes parmi les symptômes locaux.

elle était très-forte lorsqu'on percutait l'hypochondre droit, chez l'homme qui avait un abcès du foie avec tubercules et cicatrice de ce viscère. Thasquin, qui avait une hypertrophie de la substance brune, avec coloration grise extérieure de l'organe, ressentit trois mois avant de mourir une forte douleur dans l'hypochondre droit. Dans un cas d'hypertrophie des deux substances, avec induration, il existait une douleur sourde depuis plusieurs mois. La femme qui fait le sujet de la septième observation, et chez laquelle on trouva une hypertrophie, des tubercules et un cancer du foie, éprouvait des douleurs lancinantes dans l'abdomen; la saillie formée par l'éminence porte extérieure devenue squirrheuse et encéphaloïde, était fort douloureuse (X.ᵉ *obs.*). Jean Merlin, dont le foie contenait un assez grand nombre d'hydatides, se plaignit plusieurs mois avant sa mort d'une douleur très-vive au niveau des cartilages des côtes sternales droites. Le malade qui entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Récamier, et chez lequel il existait des hydatides, était sujet à des coliques très-vives. Le gendarme dont M. Goupil nous a rapporté l'histoire, ressentit également des douleurs dans la région de l'hypochondre droit. Ainsi dans ces trois observations de collections d'hydatides, cette production morbide fut précédée ou accompagnée de douleurs. La femme que nous avons sous les yeux à l'hôpital Saint-Antoine, se plaint presque continuellement de fortes douleurs dans cette région. La tuméfaction du foie s'est présentée à nous aussi fréquemment que la douleur. Dans la sixième observation relative à l'hypertrophie des deux substances avec induration, en palpant l'abdomen le toucher permit de distinguer au-dessous des fausses côtes droites une tumeur que l'on jugea être produite par le foie. Chez la femme qui fait le sujet de la septième observation, le foie avait pris un accroissement remar-

quable ; il dépassait les fausses côtes de plusieurs travers de doigt, et s'avançait dans l'épigastre. Dans un cas d'hypertrophie et de tubercules, avec compression du canal cholédoque par des masses tuberculeuses, l'exploration de l'hypochondre droit fit reconnaître une tumeur qui semblait évidemment appartenir au foie. Le fait consigné dans *la Lancette*, et dont nous avons donné l'extrait, établit qu'il existait aussi une tuméfaction du viscère. La dixième observation est fort curieuse sous le rapport de la tumeur; le palper fait sentir, près de la vésicule, un corps dur, semblable à un anneau, et qui paraît appartenir au pylore ; cette tumeur est mobile; on la regarde comme une dégénérescence cancéreuse du pylore, et l'autopsie démontre qu'elle est formée par l'éminence porte antérieure qui est convertie en tissus squirrheux et encéphaloïde. L'homme qui fait le sujet de la onzième observation, portait sur les cartilages des côtes sternales droites une tumenr qui fixa l'attention ; elle était plus volumineuse que le poing, indolente, et due à la présence de nombreuses hydatides. Le malade de M. Récamier, à la suite d'une forte chute, vit se former une tumeur dans l'hypochondre droit au-dessous du rebord cartilagineux des côtes sternales. Chez le gendarme dont parle M. Goupil, il existait une tuméfaction du foie.

A l'exploration de la région hypochondriaque se rattachent deux modes d'investigation qui doivent fournir de précieux renseignemens ; je veux parler de la percussion et du palper. Nous n'avons pratiqué qu'une fois la percussion ; c'était chez l'individu qui avait un abcès des tubercules et une cicatrice du foie ; elle détermina une vive douleur et donna un son mat. Si nous n'avons point eu plus souvent recours à ce moyen, c'est que le palper nous suffit dans plusieurs cas pour reconnaître la tuméfaction du foie, et que dans les autres nous ne soupçon-

nâmes aucune altération de ce viscère. M. Andral, qui l'a pratiquée avec succès, dit que le foie peut se développer considérablement, soit en haut vers la poitrine, soit latéralement dans sa partie gauche, sans déborder les côtes, de telle sorte qu'alors l'augmentation du son mat dans toute la partie inférieure droite est la seule circonstance qui puisse faire reconnaître l'accroissement du volume du foie. Dans d'autres circonstances, au contraire, le son de la partie inférieure droite du thorax est plus clair que de coutume. Cela arrive dans le cas où il y a diminution de volume du foie, et ce genre de renseignement n'est point à négliger, lorsque d'autres signes font croire à l'existence d'une semblable tumeur. Le palper nous a été d'un plus grand secours. Dans beaucoup de cas, il nous a parfaitement servi à tracer les limites de la tuméfaction du foie. Voici les différentes méthodes dont nous nous sommes servis pour retirer le plus d'avantages possibles de ce moyen : d'abord nous explorions à plat l'abdomen; si quelque tumeur se présentait dans le premier examen, nous tâchions de la circonscrire avec l'extrémité des doigts; il ne faut pas craindre de les plonger, pour ainsi dire, dans le ventre, parce qu'il n'y a pas de meilleur moyen de bien apprécier la tumeur. Après avoir palpé l'abdomen, le malade étant dans la position horizontale, on le faisait mettre dans la station verticale, puis on explorait la région hypochondriaque droite de haut en bas de bas en haut et sur les côtés; si ces deux moyens ne réussissaient pas, on tentait un troisième mode d'exploration qui a réussi plusieurs fois; on faisait mettre le malade sur les mains et les genoux, et on palpait avec la plus grande attention, de haut en bas, de bas en haut, et latéralement; il est rare qu'à l'aide de ces moyens on n'arrive point à des résultats satisfaisans, lorsqu'il y a hypertrophie du foie.

Parmi les autres symptômes locaux observés dans les différens faits que nous avons rapportés, nous noterons les bosselures de la face convexe; elles existaient de la manière la plus évidente chez une femme qui avait une hypertrophie, des tubercules et un cancer du foie; plusieurs de ces bosselures étaient creusées en godet; chez cette même femme la vésicule biliaire, énormément distendue, faisait une saillie considérable au-dessous du rebord cartilagineux des fausses côtes. La fluctuation fut reconnue dans deux tumeurs de la région du foie. Ce symptôme détermina les praticiens aux soins desquels les malades étaient confiés, à y plonger un instrument tranchant. La ponction et l'incision furent suivies de la sortie d'hydatides. Les excrétions ne furent observées qu'une seule fois, c'était dans un cas d'abcès, de tubercules et de cicatrice; les déjections alvines étaient liquides et jaunes. Nous n'avons point assez fait d'attention à ce signe, nous le croyons très-utile, et nous engageons les praticiens à examiner avec soin les fèces, les urines, la transpiration.

L'analyse que nous venons de faire des symptômes sympathiques et locaux vient à l'appui de la proposition que nous avons émise au commencement de ce mémoire, que les diverses altérations du foie ne sont que les degrés différens d'une même affection, l'hépatite. Parmi les premiers, en effet, nous avons vu la petitesse du pouls se montrer dans le ramollissement, l'hypertrophie des deux substances avec induration, l'hypertrophie de tout l'organe avec dégénérescence squirrheuse et encéphaloïde de l'éminence porte antérieure, et les hydatides; l'altération de la face avoir lieu dans le ramollissement, l'hypertrophie de la substance brune avec coloration grise de l'extérieur du viscère, l'hypertrophie générale, les tubercules et les hydatides; les vomissemens, la sen-

sibilité épigastrique et abdominale exister dans le ramollissement et dans plusieurs exemples de tubercules ou d'autres altérations du foie, sans lésion aucune du tube digestif. La douleur de l'épaule ne fut, il est vrai, constatée que chez un individu qui présentait un abcès, des tubercules et une cicatrice; mais elle fut observée chez des malades qui avaient des lésions du foie très-différentes, ainsi que M. Kapeler me l'a assuré, et comme j'en ai d'ailleurs vu des exemples dans plusieurs auteurs, et particulièrement dans les ouvrages de MM. Portal et Andral. Enfin l'ascite fut notée dans l'atrophie avec cirrhoses et adhérence de la face convexe du foie, et dans l'hypertrophie avec tubercules et compression des canaux biliaires par des masses tuberculeuses.

Les symptômes locaux démontrent également, selon nous, que les diverses altérations du foie ne sont que les degrés différens d'une même affection, l'hépatite. En effet nous observâmes l'ictère dans l'hypertrophie, avec tubercules, cancer, distension de la vésicule et compression des canaux biliaires par une tumeur du pancréas; dans l'hypertrophie avec tubercules et compression du canal cholédoque par des masses tuberculeuses, et dans deux autres cas d'oblitération du canal cholédoque. La douleur dans l'hypochondre droit fut notée dans l'hépatite avec abcès, tubercules et cicatrice; dans l'hypertrophie de la substance brune avec coloration grise extérieure du viscère; dans l'hypertrophie des deux substances avec induration; dans l'hypertrophie avec tubercules, cancer, distension énorme de la vésicule et compression des canaux biliaires par une tumeur du pancréas, et dans deux cas d'hydatides. L'hypertrophie des deux substances avec induration, l'hypertrophie avec tubercules, cancer, distension énorme de la vésicule et compression des canaux biliaires par une tumeur du pancréas, l'hypertro-

phie avec tubercules et compression du canal cholédoque, la dégénérescence squirrheuse de l'éminence porte antérieure, les hydatides, furent annoncées par une tuméfaction du foie.

Nous avons noté quelques symptômes qui nous ont paru propres à certaines maladies du foie, quoique la plupart aient été observés dans toutes. C'est ainsi, par exemple, que la pâleur de la face, les douleurs dans l'hypochondre droit, l'existence d'une tumeur dans ce lieu, la fluctuation, la conservation des facultés digestives ont coïncidé avec la présence d'hydatides dans le foie. Les douleurs lancinantes, les bosselures hypocratériformes ont été observées dans un cancer avec tubercules. La distension de la vésicule a été vue dans un cas de compression par une tumeur du pancréas. Nous devons encore donner, comme signe pathognomonique des hydatides, l'apparition au dehors de cette production morbide.

Ici se présente une question assez importante sur les rapports qui existent entre les maladies du foie et celles du canal alimentaire; doit-on considérer les lésions de l'organe sécréteur de la bile comme secondaires à celles du tube digestif, ainsi que l'a prétendu un médecin célèbre de ces temps modernes, ou bien doit-on chercher la cause de ces maladies, tantôt dans l'estomac et les intestins, tantôt dans le foie lui-même? Pour répondre à cette question, il convient de passer en revue les observations contenues dans ce mémoire. Nous trouvons, dans la troisième observation, une hépatite avec collection purulente, tubercules et cicatrice coïncidant avec la rougeur de l'estomac; mais il est difficile, dans ce cas, de dire si l'hépatite a succédé à une phlegmasie du tube intestinal, car la tunique de l'estomac portait les traces d'une inflammation récente et légère, et la muqueuse intestinale n'offrait aucun vestige d'inflammation. Dans

la quatrième observation, il existe une hypertrophie de la substance brune du foie avec coloration grise extérieure du viscère; la membrane muqueuse de l'estomac est rosée, elle se détache facilement avec le dos d'un scalpel. Cette coloration est aussi très-prononcée dans le duodénum et dans une partie de l'intestin grêle. Ici la question nous paraît plus facile à résoudre; la teinte rosée et le ramollissement étant des signes de phlegmasie aiguë, il nous semble qu'on doit considérer la maladie du tube digestif comme s'étant développée postérieurement à l'hypertrophie, puisque celle-ci est généralement donnée comme un signe d'inflammation chronique. Chez la femme Prétane, qui fait le sujet de la cinquième observation, la phlegmasie de la membrane muqueuse remonte à l'époque de la fièvre adynamique; elle est, sans contredit, la cause de l'affection du foie. Il n'est pas aussi facile de déterminer si, dans la sixième observation, la maladie du foie fut primitive, ou si elle succéda à une phlegmasie intestinale; on pourrait cependant admettre la première supposition comme plus probable, parce que, depuis plusieurs mois, la malade ressentait une douleur sourde dans l'hypochondre droit.

Les fonctions digestives ne se troublèrent que dans les derniers temps de la vie de la malade qui fait le sujet de la septième observation; aussi l'autopsie ne montra-t-elle que quelques points rouges dans le canal digestif, tandis qu'il y avait une hypertrophie du foie avec tubercules, cancer, distension énorme de la vésicule, et compression des canaux biliaires par une tumeur du pancréas. Dans la huitième observation, l'étude des symptômes et des lésions indique que la maladie du foie a dû se développer sous l'influence de la phlegmasie de l'estomac. La même remarque s'applique à la femme Albert qui fait le sujet de la neuvième observation; chez elle, en effet, l'inflamma-

tion du tube digestif paraît évidemment avoir précédé la maladie de l'organe sécréteur de la bile. La dégénérescence squirrheuse et encéphaloïde de l'éminence porte antérieure (X.e *obs.*), est également consécutive à la phlegmasie chronique de l'estomac. Enfin, dans la onzième observation, relative aux hydatides qui entrent dans le foie, le développement de cette production morbide était bien manifestement antérieur à la phlegmasie légère du tube digestif. Il résulte de ces différens faits, que, dans quelques cas, les maladies du foie ne sont précédées ni accompagnées d'aucune phlegmasie du canal digestif; que, dans d'autres, il est difficile d'établir lequel de ces deux organes a été le premier attaqué; que dans plusieurs circonstances, le foie est le point de départ de la maladie, et que, dans le plus grand nombre de cas, les maladies du foie se développent consécutivement à une phlegmasie du canal alimentaire.

On conçoit très-bien, d'après ce que nous venons de dire de la connexion intime qui existe entre les maladies du foie et celles de l'estomac et des intestins, que notre opinion doit être nécessairement en faveur de la méthode antiphlogistique. En effet, puisque dans la plupart des lésions du foie, on rencontre une phlegmasie du canal alimentaire, il est déjà évident que les toniques et les prétendus fondans doivent avoir le grave inconvénient d'augmenter l'inflammation du tube digestif, et par suite la maladie de l'organe sécréteur de la bile; or, si, comme nous avons tâché de le démontrer, les altérations du foie sont presque toujours le résultat de l'inflammation, le traitement tonique est encore, dans ce cas, non-seulement inutile, mais même nuisible et pernicieux. Nous ne voulons pas dire par là qu'il faille se renfermer rigoureusement dans la méthode antiphlogistique, les faits démentiraient hautement ce système exclusif, mais nous pensons que

pour agir différemment il est besoin de quelques circonstances particulières sur lesquelles nous avons déjà appelé l'attention. Ainsi, dans l'exemple cité par M. Roche, et dans celui que nous avons nous-même rapporté, nous croyons que l'emploi des purgatifs aurait pu avoir des résultats avantageux. Il est du moins certain que, dans plusieurs affections du foie, les purgatifs ont rendu à la vie des individus qui paraissaient dévoués à une mort certaine. Les succès que les Anglais attribuent à l'emploi du calomélas dans les maladies hépatiques, succès que nous ne croyons pas aussi nombreux qu'ils le prétendent, sont dus sans doute au bon état du tube digestif.

Lorsqu'au changement de la face ou à quelques-uns des signes énumérés on reconnaît une maladie du foie, il faut recourir aux émissions sanguines générales et locales; le tempérament du malade, sa constitution, la rémission ou la marche des symptômes en doivent régler le nombre. Les sangsues sont préférables aux ventouses. On les placera à la région hypochondriaque ou à l'anus. Il convient de les appliquer plusieurs fois. La déplétion du système sanguin n'aurait qu'un résultat momentané, si l'on ne prescrivait en même temps un régime sévère. L'emploi bien dirigé des alimens est un remède presque héroïque dans les diverses maladies du foie aiguës et chroniques. Dans ces dernières surtout, le régime est souvent le seul moyen auquel il soit permis d'avoir recours. Un grand nombre de maladies du foie guériraient chez les gens riches, s'ils avaient avec eux un médecin qui pût surveiller leurs repas. Je donne mes soins à une dame atteinte d'une lésion chronique de ce viscère; depuis que les circonstances m'ont permis de régler tous les jours sa nourriture, la maladie n'a point fait de progrès, il y a même de l'amélioration.

Les boissons habituelles consisteront en eau gommée,

en eau de gruau, en bouillons de poulet et de veau; l'eau gommée nous a paru préférable; pour la rendre plus facile à boire, on peut y ajouter du sucre et quelques gouttes de vin. Les bains, les demi-bains et les lavemens font une partie essentielle du traitement des maladies du foie; on les ordonne alternativement. Si la région est douloureuse, on se trouve souvent très-bien de l'emploi des fomentations et des cataplasmes émolliens fréquemment renouvelés.

Dans les maladies chroniques du foie, lorsque le tube digestif ne présente point de traces de phlegmasie, on administre avec succès le petit lait émétisé, l'eau de Sedlitz. On cite plusieurs cas de guérison par l'application de vésicatoires sur la région hypochondriaque, lorsqu'il n'existait point de douleur dans cette partie. L'usage de la pommade stibiée, dans ce cas, a été également suivi de guérison. Nous avons aussi retiré de bons effets de l'emploi des douches ascendantes et latérales. Le mode d'administration des douches ascendantes est connu. Pour donner la douche latérale, on place le tuyau à la distance de quelques pieds du malade. Le robinet est disposé de manière à pouvoir graduer le volume de la colonne d'eau. Tantôt le jet est simple; tantôt il s'élance sous forme de pluie au moyen d'une pomme d'arrosoir adaptée au tuyau. On dirige la colonne d'eau sur la région malade. Ces douches sont administrées après un bain d'une demi-heure ou d'une heure. Ce serait, au reste, une erreur grossière de faire consister le traitement de ces maladies dans les seuls agens pharmaceutiques; il n'est point d'affection qui réclame plus énergiquement les moyens moraux. La plupart des personnes atteintes d'hépatite sont très-impressionables, les moindres évènemens les affectent. Aussi on ne peut guère se flatter d'une guérison certaine, à moins de les dérober à l'influence des causes morales. C'est probable-

ment cette considération qui a engagé autrefois les médecins à recommander dans ces maladies les promenades, les exercices gymnastiques et les voyages; car ce ne sont point comme remèdes que les déplacemens et les fatigues peuvent être conseillés dans des lésions qui ont presque toujours l'inflammation pour point de départ.

Lorsqu'il existe des symptômes de cancer, nous croyons que le régime est encore le meilleur moyen de retarder la terminaison fatale. Si les douleurs étaient trop vives, on chercherait à les calmer en donnant l'opium. La méthode des Anglais pourrait encore être employée dans les maladies chroniques sans lésion du tube digestif. Enfin, dans le cas où une tumeur se formerait sous l'hypochondre droit, et où la persistance des douleurs, les pulsations et la fluctuation annonceraient que le liquide tend à se porter hors de l'abdomen, nous pensons que les exemples de MM. Devilliers et Récamier autoriseraient à y enfoncer l'instrument tranchant.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches pratiques sur les maladies du cerveau et de la moelle épinière; par JOHN ABERCROMBIE, *M. D., membre du Collège royal des médecins d'Edimbourg, etc.* (1)

M. Abercrombie n'a publié aucun fait bien nouveau dans son ouvrage, mais il n'en a pas moins bien servi la science en présentant avec méthode les différentes maladies des méninges et du cerveau, et en faisant ressortir les caractères propres aux symptômes que détermine chacune

(1) *Pathological and Practical researches on diseases of the brain and spinal cord. Edimb.* 1828.

des lésions de l'appareil cérébro-spinal. Nous croyons devoir donner ici un extrait entendu du cadre de son ouvrage, parce qu'il est essentiellement pratique.

Les maladies du cerveau peuvent se partager en trois classes : les maladies inflammatoires, apoplectiques et organiques.

Maladies inflammatoires du cerveau. — Il se présente une difficulté particulière dans l'étude des maladies inflammatoires du cerveau; elle consiste en ce que les effets que les maladies aiguës de cet organe produisent sur les organes des sens, sont si rapides, qu'il n'est plus possible de bien distinguer les symptômes propres à l'affection cérébrale au milieu de ce trouble des facultés sensoriales qui résulte aussitôt de ce que nous appelons la *compression du cerveau* (*oppression of the brain.*)

Les caractères des maladies inflammatoires du cerveau sont très-variables; toutefois on peut rapporter ces différences à trois chefs principaux : le siège de l'inflammation, son degré d'activité et son mode de terminaison. L'inflammation peut avoir pour siège la dure-mère, la pie-mère ou l'arachnoïde, la substance des hémisphères ou les parties profondes de l'organe. Quant à son degré d'activité, elle peut prendre toutes les nuances intermédiaires entre l'inflammation aiguë et l'inflammation chronique ou scrofuleuse, et sa terminaison peut avoir lieu par épanchement, par la production de fausses membranes, par la suppuration ou le ramollissement de la substance cérébrale.

Aperçu général des symptômes propres aux maladies inflammatoires de la tête. — L'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas de distinguer les symptômes propres aux maladies des membranes, d'avec ceux qui résultent de l'inflammation du cerveau même.

Nous devons sans doute placer en tête des symptômes qui appartiennent aux maladies de la tête, ceux qui con-

stituent la *phrénésie*, comme l'appellent les écrivains systématiques. Il est rare qu'elle soit idiopathique, si ce n'est quand elle est produite par la chaleur excessive du climat ou l'abus des liqueurs alcoholiques. Des faits mentionnés plus tard conduisent à penser qu'elle est due à une inflammation des méninges. Elle est quelquefois si rapide, qu'elle ne laisse après la mort aucune lésion sensible ; on ne trouve le plus souvent qu'une injection considérable de la pie-mère.

La seconde forme des symptômes cérébraux a pour caractère le développement subit de convulsions qui parfois sont précédées de céphalalgies, et que termine ordinairement un coma profond dont la durée peut être de 24 heures ou de quelques jours, au bout desquels le malade est rendu à la santé. Nous ferons voir par la suite qu'il est probable que ces accidens sont dus à l'inflammation de certaines parties circonscrites du cerveau ; cependant on a trouvé dans des cas semblables les méninges enflammées.

La troisième forme des symptômes s'observe particulièrement chez les enfans, et peut aussi se rencontrer chez les adultes. Pendant un ou deux jours, le malade éprouve de la tristesse, du dégoût ; bientôt il survient de la fièvre, une douleur aiguë se manifeste dans quelque point de la tête, la lumière est insupportable, il y a quelquefois des vomissemens. La douleur de tête se porte surtout vers le cou, le malade souffre aussi des membres et des différentes parties du corps, la pupille est contractée, le sommeil agité. Quelquefois il y a constipation, d'autres fois une diarrhée abondante. Au bout de quelque temps on observe du délire ou bien un trouble léger dans les fonctions intellectuelles. A ces symptômes succède le coma, puis une confusion d'idées qui pourtant ne ressemble point au délire aigu. Alors le pouls, qui dans le principe était fréquent, devient plus lent. La sensibilité

est moins exquise, la vue se trouble, et plus tard le pouls se relève et prend une fréquence extraordinaire; en un mot, tous les symptômes précités varient d'une manière remarquable dans un jour ou dans une heure. A tous ces accidens vient se joindre enfin une paralysie d'un ou de plusieurs membres avec ou sans convulsions, et après une durée plus ou moins longue, ces symptômes se terminent par la mort. La durée de cette maladie peut être de quelques jours ou de quelques semaines.

La quatrième forme de maladie cérébrale s'observe communément aux environs de la puberté. Elle commence par un léger mouvement fébrile, une céphalalgie peu intense, un sentiment de mal-aise dans les membres, la perte de l'appétit et du sommeil; la langue est chargée; le pouls varie de 96 à 100. Au bout de quelques jours la maladie semble disparaître, mais elle reprend de nouveau sa marche pour offrir ensuite d'autres irrégularités ou rémissions. Enfin, au bout de six ou sept jours, la fièvre et les symptômes gastriques disparaissent, tandis que la céphalalgie persiste; et vers le 12.e ou 14.e jour, bien que le pouls ait repris son type naturel, le mal de tête augmente et le malade éprouve une grande tendance à la stupeur; et cet état comateux, auquel succède par fois un peu de rémission, amène souvent la mort. Cette série de symptômes ne diffère de ceux dont il vient d'être parlé précédemment, que par la manière insidieuse et peu alarmante en apparence dont ils débutent.

La cinquième forme de symptômes cérébraux qu'on observe particulièrement chez les adultes, commence par un violent mal de tête sans fièvre. Le malade reste accablé sur son lit; le pouls bat comme à l'ordinaire. Quelquefois le visage est injecté, d'autres fois il est pâle. Souvent la lumière est pénible, et les pupilles sont contractées. La céphalalgie, qui toujours est assez aiguë, a pour siège les différentes parties du cerveau. Le délire est d'abord passa-

ger, un coma plus ou moins profond lui succède ou l'accompagne, le malade perd la mémoire et éprouve de la difficulté à s'exprimer; il devient impatient, querelleur, et éprouve une confusion remarquable d'idées. Tous ces symptômes disparaissent quelquefois tout-à-coup, au point de faire croire que le malade est en pleine convalescence; mais bientôt les accidens se renouvellent, et la mort arrive lorsqu'on n'avait nullement lieu de s'y attendre.

Il est à remarquer que ces différentes variétés d'affections cérébrales surviennent souvent dans le cours d'autres maladies, telles que la fièvre continue, la scarlatine, la coqueluche, la rougeole, la pneumonie, la phthisie, et diverses affections des reins. Il est bon de noter les symptômes qui peuvent alors nous faire connaître la complication cérébrale dont il s'agit; ces symptômes sont les suivans :

Du côté de la tête : la céphalalgie avec battemens et vertiges, le bourdonnement des oreilles, un sentiment de pesanteur vers la tête, la stupeur, une grande tendance au sommeil.

Du côté des yeux : une contraction ou une dilatation inaccoutumée de la pupille, la vision double, l'obscurité de la vue ou la cécité, le strabisme, la paralysie des paupières, la vision d'objets imaginaires, le rétablissement d'une vue longue chez une personne qui ne voyait habituellement que de très-près.

Du côté des oreilles : la surdité, le bourdonnement, une finesse extrême de l'ouïe.

Pour la parole : la difficulté d'articuler les mots, une rapidité inaccoutumée de langage, ou la lenteur à trouver les expressions.

Pour le pouls : sa lenteur ou des variations remarquables dans sa fréquence.

Pour l'intelligence : le délire, l'incohérence et la confusion des idées, l'oubli complet de certaines choses.

Pour le système musculaire : les mouvemens spasmodiques, la paralysie bornée à un membre ou à une partie d'un membre, l'état de contraction de certaines parties.

Pour l'urine : sa sécrétion est souvent moindre, quelquefois elle est complètement supprimée; il y a souvent en même temps un désir fréquent d'uriner.

Tel est l'ensemble des symptômes propres à nous faire connaître l'état inflammatoire des diverses parties renfermées dans la cavité crânienne. Il s'agit maintenant d'étudier le siège et la terminaison de ces maladies inflammatoires.

La maladie peut devenir fatale dès son début, et avoir pour siège les méninges et surtout la pie-mère, ou bien la substance cérébrale; elle peut se terminer par un épanchement de sérosité. En effet, l'hydrocéphale aiguë n'est pas toujours le résultat d'un état inflammatoire, car l'augmentation de sécrétion d'une membrane séreuse peut avoir lieu de deux manières différentes, 1.° par suite de l'inflammation de la méninge ou des parties qui l'environnent; 2.° par suite d'un obstacle à la circulation du sang dans les veines, comme cela s'observe dans le tissu cellulaire d'un membre qu'on a lié.

Quoi qu'il en soit, l'épanchement séreux a pour siège, ou les ventricules, ou l'espace compris entre les méninges, ou même entre la dure-mère et les os du crâne.

L'inflammation peut se terminer encore par la formation de fausses membranes qui se trouvent ordinairement à la surface des méninges. *Par suppuration*, on trouve des couches de pus, soit à la surface des méninges, soit dans l'épaisseur même de la substance cérébrale. Le pus se trouve alors ou recueilli dans des kystes, ou bien mélangé avec la pulpe cérébrale désorganisée.

Le ramollissement, terme par lequel les médecins français désignent une altération de la substance cérébrale, qui n'offre ni la couleur, ni la forme, ni l'odeur de la putréfaction, peut encore être une des terminaisons de l'inflammation du cerveau. Ce ramollissement peut être tantôt inflammatoire : on trouve avec la pulpe ramollie un mélange de sang et de pus, et cette sorte de ramollissement s'observe particulièrement chez les jeunes gens et les adultes affectés d'inflammations cérébrales aiguës; tantôt le ramollissement n'est point inflammatoire, ainsi que M. Rostan l'a démontré, et ce mode d'altération s'observe plus ordinairement chez les vieillards.

Inflammation de la dure-mère. — L'inflammation idiopathique de la dure-mère est rare. Il est plus commun de l'observer quand il y a carie des os du crâne.

Une dame âgée de vingt-deux ans, fut prise tout-à-coup, le 16 mars 1820, d'une douleur à la tempe gauche. Le lendemain, son pouls s'élevait à 100 pulsations, la langue était blanche et humide. Des saignées locales et générales secondées par l'emploi de quelques purgatifs, calmèrent un peu les premiers symptômes : cependant la douleur de la tempe persista, mais à un moindre degré. Au commencement de la seconde semaine un gonflement se manifesta à la paupière supérieure gauche; dès-lors la malade parut abattue, son pouls battait de 96 à 120 fois; la céphalalgie variait beaucoup d'intensité; elle était même quelquefois presque nulle, mais une douleur aiguë survint à l'oreille droite. Le 27, elle éprouva des frissons suivis de chaleur et de transpiration. Ces symptômes engagèrent un médecin distingué à lui administrer du quinquina à fortes doses. Deux jours après, elle éprouva du mieux, l'abcès fut ouvert; il en sortit une quantité considérable de pus, et en y faisant pénétrer une sonde on s'aperçut qu'il communiquait au

loin sous les tégumens du crâne dont les os se trouvaient même dénudés. Le 29, il survint de légères convulsions; le 30, la céphalalgie fut plus intense; le 31, la malade eut du délire, elle tomba dans un affaissement profond, et cessa de parler, tout en conservant cependant sa sensibilité. Elle mourut à trois heures de l'après-midi. On trouva à l'ouverture du crâne une assez grande quantité de pus contenu entre l'os et la dure-mère, surtout au niveau de la partie antérieure de l'hémisphère droit. La dure-mère était déprimée dans ce point; sa surface était un peu ulcérée et noirâtre, mais elle n'était pas perforée; l'os était intact. Toute la surface de l'hémisphère gauche était couverte d'une matière purulente; la pie-mère était très-injectée, surtout entre les circonvolutions cérébrales; la substance cérébrale offrait à la coupe une couleur livide foncée, mais elle avait sa consistance naturelle. L'abcès de l'orbite avait son siège entre les parois osseuses et le globe de l'œil.

Il y avait dans ce cas une inflammation de la dure-mère compliquée d'arachnoïdite. M. Fizeau a rapporté un cas analogue, avec cette différence que les os étaient malades en même temps (1). Il arrive assez souvent que l'inflammation de la dure-mère est compliquée d'une affection chronique de l'oreille et d'une carie du rocher.

Un jeune homme, âgé de vingt ans, éprouva le 20 janvier 1820, une violente odontalgie au côté droit de la mâchoire inférieure. Le 21, la douleur s'étendit à l'oreille; le 22, elle se propage à la tempe; les jours suivans, il éprouva quelque soulagement par suite d'application de sangsues et de l'emploi de quelques laxatifs. Dans la nuit du 23 au 24, il survint du délire, le pouls

(1) *Journal de Médecine*, tome XI, page 523.

s'éleva; on eut recours aux vésicatoires, aux purgatifs et aux saignées. Les jours suivans, bien que les symptômes fussent un peu moins graves, la parole devint difficile et les idées incohérentes. Il s'écoula du pus par l'oreille; le pouls avait 96 pulsations. L'œil du côté droit s'injecta, la bouche fut tiraillée à gauche; enfin le malade mourut le 30 au matin. — *Autopsie cadavérique*. Epanchement dans les ventricules, ramollissement du septum lucidum, carie très-étendue de l'os temporal gauche, au niveau de laquelle se trouve un épaississement de la dure-mère. La portion de cette membrane située au-devant du rocher était dans un état récent d'inflammation; celle qui se trouvait derrière [illegible] très-épaisse et spongieuse. Une matière purulente épaisse était déposée entre l'os et cette membrane. La maladie semblait s'être étendue vers la tente du cervelet; au-dessous de cet organe il y avait une quantité considérable de pus, et à sa partie postérieure se trouvaient quelques petits abcès situés dans l'épaisseur même de la substance de l'organe.

Le sujet d'une autre observation est une jeune fille de neuf ans qui était sujette à des écoulemens purulens par l'oreille; ils étaient précédés d'une douleur assez vive qui cessait avec l'écoulement. Plus tard, cette douleur devint plus violente et s'étendit vers le front. Elle résista aux saignées et aux purgatifs, devint continue, fut accompagnée de coma, d'un peu de fièvre, et d'un écoulement puriforme par l'oreille gauche. Enfin, la mort vint terminer ces douleurs violentes. On trouva à l'ouverture du cadavre un abcès considérable au lobe gauche du cervelet; il contenait du pus dont l'odeur était insupportable.

Les autres observations sont analogues à celles dont le résumé vient d'être donné; l'inflammation de la dure-mère a dans ces cas toujours été consécutive à la carie du rocher ou de l'os ethmoïde, et a été accompagnée d'une

violente douleur de tête avec écoulement de matière puriforme par le nez ou les oreilles. Des faits semblables ont été cités par Bonet, Morgagni, Lieutaud, M. Itard. La carie des os du crâne entraîne souvent aussi le même accident, et nous en devons des exemples à Richter (1), Littre, Morand (2), Roux (3), etc.

Lorsque l'inflammation de la dure-mère reste longtemps à l'état chronique, cette membrane peut acquérir un épaississement qui résulte d'un dépôt de matière entre les lames qui la composent. C'est ce qu'on a pu voir sur un vieillard de 60 ans, qui depuis deux ans était atteint d'un tremblement accompagné d'une telle faiblesse musculaire, qu'il n'osait marcher sans craindre de tomber à terre. Plus tard, il devint hémiplégique; ses idées furent incohérentes; il se plaignit de violens maux de tête, puis il tomba dans un état comateux accompagné quelquefois de convulsions, et enfin il mourut. On trouva à la partie supérieure de l'hémisphère droit du cerveau, une tumeur longue de cinq pouces et demi, large de deux et demi, et épaisse d'un demi-pouce environ. Elle était formée par un écartement des lames de la dure-mère, entre lesquelles une matière de nouvelle formation s'était interposée. Cette matière était, à la partie supérieure, blanche et ferme. Dans d'autres points, et surtout au centre, elle semblait être de la lymphe coagulable récente, ferme, jaunâtre et demi-transparente. Antérieurement se trouvait une cavité contenant un fluide séreux et jaunâtre. La tumeur s'étendait d'avant en arrière à la partie supérieure de l'hémisphère; son bord interne se trouvait à un pouce environ de la grande faux. La surface du cerveau était un

---

(1) *Observat. chir.*, fasc. 2.

(2) Morand, *Opuscules de chirurgie.*

(3) *Nouveau Journal de Médecine*, tom. XII.

peu déprimée au niveau de cette tumeur, et la partie antérieure de l'hémisphère était un peu ramollie.

Aucun auteur n'a cité de fait semblable; cependant Lancisi (1), Willis et M. Paisley (2) ont donné l'histoire de maladies à-peu-près analogues.

Inflammation de l'arachnoïde et de la pie-mère. — L'inflammation de l'arachnoïde et celle de la pie-mère peuvent être comprises dans la même description; il est d'ailleurs difficile quelquefois de les distinguer l'une de l'autre. La maladie se termine ordinairement par un épanchement de fausses membranes entre l'arachnoïde et la pie-mère. Cette maladie est souvent accompagnée de convulsions générales qui semblent en être le symptôme le plus ordinaire.

Méningite simple. — IV.e *Observation.* — Un garçon de onze ans était depuis quelque temps abattu et inactif; il avait aussi des vomissemens fréquens; il était en outre constipé, n'accusait aucune douleur et n'avait pas de fièvre. 29 juin 1826, convulsions violentes souvent répétées, et dans leurs intervalles, céphalalgie assez forte; 60 pulsations par minute. Les convulsions cessèrent et furent remplacées par un coma accompagné de fièvre et de céphalalgie. Le même état se prolongea jusqu'au 7. Le ventre était devenu libre, la langue humide, le pouls élevé, la céphalalgie toujours intense. On trouva, à l'autopsie cadavérique, la surface cérébrale d'un aspect jaunâtre dans plusieurs endroits, ce qui provenait d'un épanchement pseudo-membraneux au-dessous de l'arachnoïde. Cette membrane avait à-peu-près l'épaisseur d'un demi-shelling (3). Il y avait également une grande quantité de

(1) *Lancisius, De subitaneis mortibus.*
(2) *Edinburgh Medical essays*, vol. III.
(3) Cette monnaie a l'épaisseur d'une pièce de dix sous.

cet épanchement albuminiforme entre les hémisphères. Il en existait surtout à la partie antérieure du cerveau. On n'en trouvait pas à sa partie postérieure où la pie-mère était évidemment enflammée.

Une petite fille de 9 ans s'éveilla tout-à-coup dans la nuit du 20 septembre 1827, en se plaignant d'une violente douleur de tête où elle croyait avoir reçu un coup très-fort. Les jours suivans, elle n'eut qu'une céphalalgie assez intense; mais le 23, de violentes convulsions survinrent et furent suivies d'un état comateux pendant lequel les paupières étaient ouvertes et les yeux agités de mouvemens convulsifs; le pouls était naturel. La mort arriva le 26. On trouva les méninges plutôt injectées qu'enflammées; cependant il y avait des couches membraniformes et jaunâtres épanchées entre leurs feuillets. Les couches optiques étaient recouvertes d'un liquide gélatiniforme très-abondant; la substance du cerveau n'était pas plus injectée qu'à l'ordinaire.

Un enfant de 2 ans fut pris le 21 mai de fortes convulsions; elles le laissèrent dans un état de stupeur et d'abattement qui ne lui permettaient pas même de reconnaître les personnes qui l'environnaient. Au bout de quelques heures, les convulsions revinrent, et la nuit suivante elles reparurent une troisième fois pour se prolonger jusqu'au lendemain matin. On eut recours aux saignées locales, à l'application de l'eau froide sur la tête, aux vésicatoires et aux purgatifs. Après cette attaque, il survint encore d'autres convulsions dans l'intervalle desquelles l'enfant était plongé dans un coma profond. Enfin le 21, il expira. Toute la surface du cerveau était recouverte de couches pseudo-membraneuses situées entre l'arachnoïde et la pie-mère. La pie-mère, surtout entre les circonvolutions, était extrêmement injectée. Il n'y avait pas d'épanchement dans les ventricules.

Méningite très-étendue accompagnée de symptômes obscurs. — Un enfant, âgé de trois à quatre ans, avait eu la scarlatine au milieu de juin 1824; elle ne l'avait retenu que cinq jours au lit. Le 25, il eut la fièvre, et se plaignit du ventre. Il fut soulagé par l'usage d'un laxatif, mais son pouls resta fréquent. Le 26, il eut quelques vomissemens et fut abattu; son pouls battait 120 fois. Des saignées locales, des purgatifs, des applications froides, constituèrent le traitement. Dans la nuit, il eut de fréquens vomissemens. Le 27, l'état comateux se prononça davantage; le pouls était faible, mais fréquent (120); la pupille dilatée, les yeux insensibles. Il mourut le 28 au matin. — On trouva toute la surface du cerveau recouverte de productions pseudo-membraneuses situées entre l'arachnoïde et la pie-mère; elles formaient une couche d'un demi-pouce d'épaisseur, et cette disposition existait sur tous les points du cerveau, dont la substance était du reste parfaitement saine. Certaines portions du tube intestinal étaient distendues par des gaz.

Méningite très-circonscrite accompagnée de symptômes graves. — Un enfant de 6 ans éprouve le 24 juin 1822 une forte céphalalgie avec des vomissemens; ils sont suivis d'une constipation opiniâtre qui résiste pendant six jours à l'emploi des purgatifs. On obtint une amélioration sensible par l'emploi des saignées locales et des dérivatifs sur le tube intestinal; mais le 13.e jour de la maladie, l'enfant éprouva un peu de délire et de la difficulté à parler. Le 14.e jour, légère amélioration, céphalalgie, pupilles dilatées, pouls fréquent. Le 15.e, on remarqua quelques convulsions dans la journée. Le 16.e, l'intelligence revint, il y eut seulement un peu de céphalalgie; le pouls était à 120. Dans le jour, le pouls varia de 90 à 140; la pupille était dilatée, et la vision imparfaite. Le soir, de violentes convulsions se manifestèrent

et ne finirent qu'au bout de deux heures. L'enfant mourut en même temps. Il n'y avait pas d'épanchement dans les ventricules ; toutes les parties du cerveau présentaient l'aspect le plus sain, excepté cependant un seul point de la partie inférieure du lobe antérieur de l'hémisphère droit, au niveau de la voûte orbitaire, où se trouvait une excrétion pseudo-membraneuse large comme une pièce de vingt sous. La substance du cerveau offrait, dans une étendue égale au volume d'une grosse noix, et au niveau de cette fausse membrane, un endurcissement évident. On ne découvrit aucune autre lésion.

Méningite de la base. — Une jeune demoiselle de 14 ans éprouva des symptômes qui ressemblaient à ceux d'une fièvre continue. Ils durèrent sans gravité pendant quinze jours, mais alors il survint de l'assoupissement et un peu d'incohérence dans les idées. Plus tard, il y eut une dilatation de la pupille, le pouls s'éleva à 120, et la langue devint sale. Pendant quelques jours, les symptômes varièrent beaucoup ; cependant ils présentaient généralement les caractères du typhus. Les yeux devinrent insensibles à la lumière, ils offrirent même un strabisme qui ne tarda pas ensuite à disparaître. Toutefois la malade répondait juste. La veille de sa mort, elle tomba dans un état comateux, et expira trois semaines après l'invasion de la maladie. Quelques personnes de la famille étaient mortes d'hydrocéphalie. On trouva la substance cérébrale saine; lès ventricules contenaient environ deux onces de fluide; il y avait un épanchement considérable de productions pseudo-membraneuses à la surface du pont de varole. Cet épanchement s'étendait à toute la base du cerveau, existait en abondance au niveau des nerfs optiques, et pénétrait même jusques dans le 3.e ventricule.

Méningite avec suppuration à la surface du cerveau — Enfant de huit mois, mort le 13 mars 1818. Il avait

éprouvé, pendant trois semaines qu'avait duré sa maladie, de la fièvre, de la difficulté à respirer, puis quelques convulsions et beaucoup d'oppression. A la fin, convulsions plus fortes, strabisme, coma. On remarqua aussi une saillie remarquable à la fontanelle antérieure. Cette saillie s'accrut considérablement, et constitua bientôt une tumeur molle, circonscrite et fluctuante. Quand on la comprimait on déterminait des convulsions. On y fit une petite piqûre, il en sortit une matière purulente et de la sérosité sanguinolente. L'enfant mourut quatre jours après. En ouvrant le crâne, on trouva que la petite ouverture faite à la fontanelle avait donné lieu à un épanchement de matière mélangée de pus et de flocons albumineux qui s'était introduite entre la dure-mère et l'arachnoïde, et qui couvrait la surface du cerveau dans une grande étendue. On en trouvait également entre l'arachnoïde et la pie-mère, à la base du cerveau, et jusques sous la moelle alongée. Un épanchement considérable existait dans les ventricules.

Méningite avec suppuration dans les ventricules. — Un enfant de cinq mois fut pris tout-à-coup de convulsions le 21 novembre 1817 au matin. Ces convulsions ne durèrent pas long-temps; elles furent plus tard remplacées par un état comateux : on eut recours aux saignées locales, aux purgatifs et aux applications réfrigérantes sur la tête. Dans la nuit du 24, il survint de nouvelles convulsions, et l'enfant mourut dans la nuit. On trouva entre l'arachnoïde et la pie-mère une production pseudo-membraneuse qui s'étendait sur presque toute la surface du cerveau. Les ventricules contenaient environ trois onces d'une matière purulente, et la substance cérébrale offrait un ramollissement évident aux environs des ventricules. Un épanchement pseudo-membraneux mélangé

avec de la matière purulente existait également au-dessous de la moelle alongée.

Méningite du cervelet. — Une dame de 45 ans, affectée depuis long-temps d'une suppuration de l'oreille gauche, se plaignit d'une vive douleur dans cette oreille le 11 mai 1821. Les jours suivans, la douleur s'étendit dans toute la tête et fut accompagnée de fièvre. Ces symptômes augmentèrent les jours suivans, et furent même accompagnés de battemens douloureux vers l'occiput. On lui pratiqua une saignée, et on lui administra les remèdes communément employés en pareil cas. Le 16, coma, langue propre, pouls à 130. Continuation de la céphalalgie. On eut recours aux saignées locales. Le soir, elle se trouva un peu mieux; mais dans la nuit, il y eut du délire, et la malade mourut le lendemain matin. Il se fit un léger écoulement puriforme par l'oreille gauche. On ne trouva qu'un peu d'épanchement dans les ventricules; le cerveau du reste était sain. Mais la surface du cervelet était couverte d'une matière puriforme très-épaisse et plus abondante à gauche. La pie-mère du cervelet était très-injectée; la dure-mère était saine. Il y avait un peu de matière puriforme aux environs de la glande pituitaire et dans la cavité du tympan; mais le rocher ni la portion correspondante de la dure-mère n'offraient de lésion.

Ces différentes observations sont propres à faire connaître la variété remarquable des symptômes de la méningite; j'ai choisi ces cas pour faire connaître la nature de la méningite simple, sans complication d'inflammation de la substance cérébrale.

Modification dangereuse de la méningite qui n'est caractérisée que par une simple injection des membranes. — Cette maladie peut être prise pour la manie ou bien pour l'hystérie chez les femmes. Elle débute par une grande agitation, beaucoup de loquacité, et quelquefois

des hallucinations; la principale lésion qu'on trouve à l'ouverture des cadavres, est une très-forte injection de la pie-mère; et quelquefois un léger épanchement entre les méninges. Les femmes délicates et irritables, ainsi que les hommes doués du tempérament nerveux, y sont ordinairement sujets.

Une simple injection de la pie-mère a été trouvée à l'ouverture du cadavre d'une dame âgée de 23 ans, qui, par suite du chagrin que lui avait fait éprouver la mort d'une sœur, avait offert pendant deux mois tous les symptômes d'une grande agitation cérébrale, tels que l'insomnie, l'incohérence complète des idées, et une loquacité continuelle. La même lésion fut observée sur le cerveau d'un homme de 44 ans, qui succomba également à cet état d'excitation mentale.

Cette maladie peut survenir dans le cours d'autres affections, et notamment d'affections rhumatismales, de péritonites puerpérales, etc.; les enfans eux-mêmes en sont souvent attaqués; mais alors ils présentent en même temps des convulsions plus ou moins rémittentes. Une simple injection des méninges a seulement été trouvée chez quatre enfans qui, pendant leur vie, avaient présenté une grande excitation cérébrale et quelques convulsions.

L'inflammation des méninges peut passer à l'état chronique; les symptômes qui lui sont propres se prolongent indéfiniment, et lorsqu'à la fin les malades succombent, on trouve différentes lésions organiques, telles que l'épaississement avec de petites granulations tuberculeuses de la pie-mère (1) et de la dure-mère, qui quelquefois présente quelques perforations (2) et l'adhérence

(1) *Transactions of the College of physicans of London*, vol. V.
(2) *Edinburgh medical Journal*, vol. V, p. 261.

solide des méninges entre elles, ainsi que Wepfer, Willis et quelques auteurs modernes en ont cité des exemples.

(*La suite au prochain Cahier.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Existence du ganglion ophthalmique et du ganglion sphéno-palatin chez le cheval. — Le premier de ces ganglions existe dans le cheval, suivant certains anatomistes, entre autres MM. Girard, Schwal et Gurlt; suivant quelques autres, au contraire, tels que MM. Muck, Desmoulin et Tiedmann, il n'existe pas. M. Retzius, au contraire, a éclairci cette question, et ses recherches multipliées ont constaté la présence de cet organe, qu'il a décrit ainsi que tous les filets de communication qui en partent.

La même dissidence d'opinion se retrouve dans ce qui est relatif au ganglion sphéno-palatin. M. Retzius l'a également reconnu, et en a donné une nouvelle description, celle dont on est redevable à MM. Girard et Schwal n'étant pas exacte selon lui. Ce ganglion, dans le cheval, est environné d'une masse de tissu cellulaire, et est composé d'une série de petits ganglions qui, joints aux plexus nerveux environnans, forment un ensemble que l'on peut presque considérer comme un petit système particulier. (*Bull. des Sciences méd.*, janvier 1828.)

Fécondité extraordinaire. — Une vache, appartenant à M. Gervais, agriculteur à Lusigny, département de l'Aube, a donné neuf veaux en trois portées successives, savoir : dans la première, en 1817, quatre veaux femelles, bien vigoureux; dans la seconde, en 1818, deux femelles et un mâle; et dans la troisième, en 1819, deux femelles. Ces veaux ont tous été allaités par leur mère, à l'exception des deux de la première portée; et arrivés à l'âge adulte, ils ont porté à leur tour, mais, comme cela a lieu le plus ordinairement, un seul veau à chaque fois. Cette étonnante fécondité est constatée par un certificat de M. Clément, maire de Lusigny, certificat qui a été adressé à M. de Blainville, par un de ses élèves, et dans lequel on a malheureusement omis d'indiquer l'âge de la vache, celui du taureau et les qualités physiques de ce dernier. (*Nouv. Bullet. des Sciences de la Soc. philomat.*; décembre, 1826, page 193.)

Pathologie.

Effets d'exhalaisons fournies par les ulcères. — Il s'échappe des ulcères de mauvais caractère des exhalaisons à l'action desquelles on ne peut, sans un très-grand danger, laisser exposées des surfaces dénudées. L'observation suivante vient à l'appui de cette vérité, et démontre combien il importe de choisir avec attention la place qui doit être occupée par tel ou tel malade. Une femme portait à la jambe un ulcère vivement enflammé à sa surface et sur ses bords. Elle fut admise à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, et là, sous l'influence des saignées locales, d'un régime convenable et surtout du repos, elle éprouva bientôt un mieux marqué. Mais au moment où la plaie allait se cicatriser entièrement, les lits contigus à celui de cette malade furent occupés par deux femmes nouvellement entrées, atteintes, l'une d'un ulcère phagédénique au pied, l'autre d'un sphacèle de la jambe. Dès-lors, l'ulcère de la première commença à changer de nature; il prit un mauvais aspect, et s'étendit avec rapidité. On se décida à éloigner cette malade et à la placer dans une chambre bien aérée, et on ne lui prescrivit aucun traitement, afin de s'assurer de l'influence qu'exercerait sur elle la cessation de l'action des miasmes auxquels elle avait été exposée. Les douleurs vives qui se faisaient sentir depuis le changement survenu dans l'état de la plaie se calmèrent sur-le-champ, et l'inflammation qui s'était reproduite ne tarda pas à disparaître dans les points environnans. Quant à la surface même de l'ulcère, comme elle tardait trop à se modifier, des fumigations avec le sulfure rouge de mercure furent prescrites, et au bout de huit jours la cicatrice fut parfaite. (*Journ. de Chim. médic.*, *etc.*; novembre 1827.)

Ectropion de l'angle externe de l'oeil et tarsoraphie; *maladie et opération nouvelles.* — Un individu ayant reçu à la région temporale une blessure avec perte de substance, il en résulta un renversement en dehors de l'angle externe de l'œil. La commissure des paupières, fortement distendue, avait perdu sa forme angulaire et s'était arrondie. De là, exposition de la conjonctive à toutes les impressions extérieures; aussi cette membrane, qui se tuméfiait de jour en jour, et qui donnait lieu à une difformité considérable, avait pris une couleur rouge très-vive et faisait éprouver un sentiment fort douloureux de tension. Tel était l'état du malade lorsqu'il vint réclamer les secours de M. le docteur Walther. Ce praticien, ayant examiné l'état des parties, pensa qu'il serait possible de faire disparaître la difformité et de préserver l'œil des maladies auxquelles il était continuellement exposé. Pour arriver à ce but, il pratiqua l'opération suivante : Les cils implantés à la partie externe des deux paupières fu-

rent d'abord arrachés avec de petites pinces très-fines; le cartilage tarse de la paupière inférieure fut ensuite saisi, au moyen de pinces à airigne, dans le point où il commençait à se renverser; il fut légèrement attiré, et, avec un bistouri boutonné et à lame étroite, il fut excisé jusqu'à la distance d'une ligne au-delà de l'union externe des paupières. Les mêmes manœuvres furent répétées à la paupière supérieure. Alors, pour réunir les deux bords saignans qui se joignaient en dehors à angle aigu, deux sutures furent placées, l'une vers l'extrémité interne de la plaie, l'autre à son milieu; enfin une petite pièce de taffetas gommé, longue et étroite, fut appliquée entre ces bords ainsi disposés. La cicatrice ne se fit pas long-temps attendre, et en peu de temps le malade se trouva parfaitement guéri, sans avoir éprouvé aucun accident. (*Journal für Chirurg. und Augenheilkunde*; Tom. IX, 1826.)

Ectropion des deux paupières *chez un nouveau-né dont toute la surface du corps était recouverte par une membrane particulière. — Observation rapportée par le docteur Schütte.* — Un enfant présenta en naissant un renversement considérable des deux paupières d'un même côté, et un gonflement de la conjonctive porté à un tel point que le globe de l'œil ne pouvait plus être aperçu. Mais il offrait une singularité plus digne de remarque encore; c'était, sur toute l'étendue de son corps, une membrane de couleur brunâtre, d'une nature analogue à celle de la corne, épaisse d'une demi-ligne environ, ressemblant tout-à-fait à la peau d'une poule dont les plumes sont arrachées, et paraissant se détacher en différens points. La mère se rappela à cette occasion que, vers la septième semaine de sa grossesse, elle avait vu tomber un poulet dans le feu, qu'elle l'en avait retiré, et qu'en l'examinant avec attention elle avait observé, à l'un de ses yeux, une disposition des paupières pareille à celle que l'on remarquait chez son enfant. Le médecin qui avait été appelé crut devoir prescrire le traitement indiqué dans les cas de brûlure; l'œil fut recouvert de compresses trempées dans l'eau de goulard, et des lotions d'huile d'olives tiède furent faites sur la superficie de la peau. Neuf jours après, l'ectropion avait complètement disparu, et la membrane accidentelle s'était entièrement détachée. (*Journal für Chirurg. und Augenheilkunde*; Tom. IX, 1826.)

Examen des yeux d'un sujet amaurotique. — Le professeur Heusinger s'étant trouvé à même d'examiner les yeux d'un individu qui avait été affecté d'amaurose pendant fort long-temps, mais sur la maladie duquel il ne put se procurer de plus amples renseignemens, en donne la description suivante. Le nerf optique de chaque côté était dans un état d'atrophie; le globe oculaire, bien conformé, présentait assez de consistance. L'ouverture de la sclérotique, quoique faite

avec précaution, donna lieu à l'écoulement d'une grande quantité d'une humeur de couleur fauve, communiquant une teinte jaune à l'eau, et se coagulant par le contact de l'alcohol. Le coagulum qui résulta de l'action de ce dernier liquide était d'une fort belle nuance jaune-soufrée, qui se conserva pendant plusieurs jours. La choroïde, revêtue d'un pigment peu abondant, était assez fortement adhérente à la sclérotique. La rétine était plissée, et d'ailleurs ne présentait aucune anomalie. L'humeur vitrée avait disparu presque en totalité; cependant celle dont l'écoulement a été noté ne pouvait en provenir. Le cristallin était jaune et opaque.

Ce que cet examen fit découvrir de plus remarquable, consiste dans l'existence de trois vésicules translucides, pyriformes, variant pour la grosseur du volume d'un pois à celui d'un petit haricot, et fixées à la surface externe de la rétine. Ces vésicules contenaient un fluide qui se comportait avec l'alcohol comme l'humeur fauve déjà citée; aussi M. le professeur Heusinger ne balance-t-il pas à avancer que cette dernière était renfermée dans des vésicules analogues, et qui auront été ouvertes par l'instrument employé pour inciser l'œil; suivant lui, ces vésicules sont produites par la membrane de Jacobs.

Les deux yeux présentaient la même disposition. (*Heusinger's Zeitschrift für die organische Physik*; Tom. I, cah. 1.er, 1827.)

Hernie inguinale d'un volume extraordinaire. — *Observation recueillie par M. le docteur Lieber, de Berlin.* — G:... Behrend, âgé de soixante-quatorze ans, ancien marin, en soulevant un fardeau très-lourd, en 1812, ressentit sur-le-champ dans l'aine gauche une douleur assez vive qu'il compara à celle qui reconnaîtrait pour cause l'action d'un instrument tranchant; en même temps, il se forma dans cette région une tumeur d'un volume égal à celui d'une montre ordinaire. Cet homme, jugeant d'après ce qu'il avait déjà observé, regarda cette tumeur comme un bubon, ne s'en inquiéta que légèrement, et continua de se livrer à ses occupations sans appliquer de bandage.

En 1820, la tumeur était encore susceptible d'être réduite; mais, depuis cette époque, elle acquit un volume de plus en plus considérable, malgré que le malade eût cessé entièrement de travailler. Les fonctions se faisaient encore assez régulièrement en général, l'émission de l'urine était difficile, mais ne déterminait pas de douleurs, et Behrend ne souffrait dans la région inguinale que très-faiblement et surtout très-rarement. Deux mois avant la mort, la hernie se compliqua d'un épanchement manifeste, et la jambe du même côté devint le siége d'un engorgement œdémateux. Enfin, dans les vingt derniers jours de la vie du malade, on observa des symptômes d'hydrothorax, mais sans qu'aucun symptôme dénotât une affection du cœur. Vers

la fin de la vie, la hernie, pyriforme et bosselée, s'étendait jusqu'au genou; son plus grand diamètre longitudinal était de 1 pied 8 pouces, son diamètre transversal de 9 pouces, et sa circonférence présentait 2 pieds 2 pouces au niveau de son épaisseur la plus considérable. Si le malade se tenait sur le dos, elle offrait 2 pouces de moins sur sa longueur, et 1 pouce 6 lignes dans le sens de sa circonférence. Lorsque Behrend voulait uriner, il était obligé, pour prévenir l'excoriation du scrotum par le contact de l'urine, de faire saillir le pénis en pressant le prépuce et le tirant en arrière. Le testicule droit était dans sa situation normale; on ne pouvait découvrir la moindre trace de celui du côté opposé.

L'ouverture du corps fut faite quatre jours après la mort. Considéré à l'extérieur, le ventre paraissait dans son état de tension naturelle; l'ombilic occupait sa position normale, et la hernie semblait n'avoir entraîné et distendu que le scrotum, dont les veines étaient fortement dilatées par la stase du sang. Le foie, volumineux et d'une teinte foncée, avait peu de consistance et occupait la plus grande partie de l'abdomen; la vésicule biliaire renfermait un calcul énorme; le canal cholédoque était fortement dilaté; la rate s'était ramollie et avait acquis un volume considérable. L'épiploon et le colon transverse se trouvant contenus dans la hernie, le duodénum, libre de ses rapports avec le premier de ces organes, ne se dirigeait plus de gauche à droite, mais descendait jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et de là se portait à gauche pour revenir ensuite à droite vers le jéjunum. Chacune des tuniques de ce duodénum avait acquis à-peu-près une ligne et demie d'épaisseur; l'externe était pâle et avait un aspect adipeux; la muqueuse était grisâtre et avait perdu de sa consistance. L'estomac, qui n'était plus recouvert par le foie, avait une direction presque verticale; ses tuniques étaient à l'état normal. On trouvait encore dans la cavité abdominale le jéjunum d'un brun foncé, et une petite partie du colon; tout le reste de l'intestin était renfermé dans la hernie, dont l'ouverture avait une largeur telle qu'on pouvait sans peine y faire passer la main.

L'ouverture de la tumeur donna lieu à l'écoulement d'une grande quantité de sérosité sanguinolente, épanchée en partie dans le péritoine, en partie entre cette membrane et la peau. En procédant ensuite à l'examen des parties qui y étaient contenues, on trouva, de haut en bas, le colon transverse, le colon descendant, et, en dessous, le jéjunum. L'iléum, dirigé vers l'angle gauche de l'anneau abdominal, se rendait dans la hernie, y répandait ses circonvolutions, puis retournait, du côté de l'angle droit de l'anneau, dans l'abdomen, où il se continuait avec le cœcum derrière la réunion de l'os des îles avec l'os du pubis. Le colon longeait la face postérieure de la bran-

che horizontale du pubis pour descendre, neuf ou dix lignes plus bas, dans le côté droit du sac herniaire; arrivé là, il y faisait une espèce de coude, et rentrait ensuite dans la cavité abdominale dont il occupait la région iliaque gauche; enfin il descendait de nouveau, de sorte que l'on trouvait dans la hernie toute la portion comprise entre ce point et le rectum; ce dernier intestin, au lieu d'être dirigé verticalement, présentait une direction oblique d'avant en arrière. Tous ces viscères, libres, mobiles et flottans, avaient leur couleur naturelle et ne présentaient pas la moindre trace d'inflammation. Vraisemblablement la sérosité s'était accumulée en assez grande quantité dans la hernie, aussitôt après sa formation, et avait empêché la production des altérations qui s'y rencontrent ordinairement.

Le tube intestinal était complètement vide, à l'exception de l'arc du colon qui était distendu par des gaz, et dont les deux portions, en contact avec l'anneau, s'étaient entrelacées de manière à présenter à peine l'épaisseur d'un intestin grêle. Les deux portions correspondantes de l'iléum, à-peu-près trois pouces au-dessus et trois pouces au-dessous de l'anneau, ne formaient aucune circonvolution; les tuniques de ce dernier intestin avaient acquis un peu d'épaisseur, tandis que celles du colon n'avaient acquis plus d'épaisseur que dans les points où son diamètre était rétréci.

On a peine à concevoir que les fonctions digestives n'aient offert de l'irrégularité que quelques jours avant la mort. En effet, le malade avait toujours conservé un très-grand appétit, et si parfois il survenait un peu de constipation, des lavemens laxatifs suffisaient pour rétablir promptement le cours des matières. L'énorme dilatation de l'anneau peut seule donner l'explication de ce phénomène. Comment cette hernie put-elle acquérir un volume aussi considérable? Comment, malgré les travaux pénibles du malade, ne survint-il pas d'étranglement? Comment, enfin, la tumeur continua-t-elle de faire des progrès pendant les dix ou douze années qui précédèrent la mort, bien qu'un repos absolu fût gardé? Tout cela ne peut s'expliquer d'une manière un peu plausible que par la formation de l'épanchement de liquide qui distendit l'anneau dès le principe du mal.

Le testicule du côté droit n'avait rien de particulier; seulement sa tunique vaginale renfermait un peu de sérosité. Le cordon spermatique gauche, long de 1 pied 8 pouces (de telle sorte que le testicule correspondait en arrière à la base du scrotum), était large, au niveau de l'anneau, d'un travers de doigt, et près du testicule, de 2 pouces à 2 pouces 6 lignes : toutefois il était vide; le testicule du même côté était très-gros, mais ramolli (état qui s'opposait à ce qu'on pût le sentir de dehors); sa tunique vaginale, très-mobile et de couleur blanchâtre, était le siége de dégénérescences, et ne contenait point de sérosité.

Un épanchement séreux existait dans la cavité du thorax ; le ventricule gauche du cœur était hypertrophié. (*Litterarische Annalen der gesammten Heilkunde* ; janvier, 1827.)

ABOLITION SUCCESSIVE DES SENS. — *Observation publiée par le docteur Defermon.* — M. C.... J...., né en Corse, d'un tempérament sec et nerveux, avait fait abus des plaisirs de tout genre. Il fût inopinément atteint d'amaurose, et quoique au début de cette maladie il pût encore distinguer le jour de la nuit, il ne tarda pas à perdre complètement l'usage de la vue. Les médecins qui furent d'abord appelés, ayant appris que dans sa jeunesse il avait été affecté de syphilis, prescrivirent un traitement mercuriel qui n'amena aucun résultat avantageux ; d'autres praticiens furent alors consultés, et en grand nombre ; des médications variées furent essayées sans succès, et M. J... fut contraint de se résigner à son état de cécité. Ses facultés intellectuelles n'avaient d'ailleurs subi aucun affaiblissement ; en effet, chargé de fonctions importantes dans une administration financière, il put continuer son service et s'acquitter pleinement des devoirs que sa place lui imposait. Pour cela, il avait fait disposer devant son bureau un casier, et dans chacune des cases étaient des enveloppes où les lettres qu'il recevait et les papiers qui lui étaient utiles étaient renfermés par ordre de date et de matière, de telle sorte qu'il les retrouvait sans peine au besoin.

Après la perte de la vue, les autres sens acquiront un très-haut degré de perfection ; celui du toucher, par exemple, devint si exquis, que M. J.... pouvait reconnaître entre elles diverses éditions rares qu'il avait, et distinguer la nature des gravures, si elles étaient en bois, à l'eau forte ou au burin ; il allait en société, où son amabilité le faisait rechercher, et il jouait au trictrac.

C'est ainsi que se passèrent quelques années sans aucun accident. M. J...., qui, dans le monde, paraissait fort calme, était dans son intérieur d'une excessive irascibilité. Une nouvelle privation, celle de l'ouïe, vint alors rendre son état plus accablant. D'abord, l'ouïe commença à être dure, et il fut obligé de se servir d'un cornet acoustique ; puis enfin, il devint tout-à-fait sourd, et on fut réduit, pour communiquer avec lui, à faire usage de lettres mobiles en relief. Du reste, il parlait sans difficulté, et sa mémoire s'était conservée dans un état d'intégrité extraordinaire.

Tous les moyens possibles, soit curatifs soit palliatifs, furent employés sans succès pendant un temps assez considérable qu'il resta dans cette position ; enfin la sensibilité et la contractilité générales s'éteignirent successivement ; toute la surface du corps devint insensible ; les membres se paralysèrent successivement sans la moindre trace de lésion extérieure, et le malade ayant ainsi perdu la faculté de sentir et de reconnaître les caractères en relief, il ne resta plus de

moyen de se faire entendre de lui. Cependant il pouvait toujours parler; l'appétit ne manquait pas, et il y avait sans cesse auprès de lui quelqu'un à qui il demandait ce dont il avait besoin. Ce malheureux se trouvait donc isolé de tous ceux qui lui étaient chers; il pouvait leur parler, mais ne pouvait sentir leurs caresses; néanmoins sa femme et ses enfans découvrirent que l'une des joues n'était pas entièrement privée de sensibilité; alors le malade conçut l'idée de se faire tracer des lettres sur cette partie; il les répétait aussitôt qu'elles étaient tracées, et par ce moyen on parvint à lui faire comprendre quelques phrases; son intelligence était même encore telle, qu'après un petit nombre de jours, les premières syllabes des mots qu'on traçait suffisaient pour lui faire deviner ce qu'on voulait lui dire.

A mesure que les facultés de relation s'étaient éteintes, surtout dans les derniers temps de la maladie, les facultés intellectuelles avaient offert une espèce d'énergie morbide; le caractère de M. J.... s'était aigri, il était devenu extrêmement irascible, et quelquefois même méchant. Plus tard, les forces diminuèrent, la sortie des matières fécales eut lieu involontairement, et la mort arriva. On ne put faire l'ouverture du cadavre.

On ne connaît aucun fait plus extraordinaire que cette abolition successive des fonctions de relation. Une circonstance qui mérite d'être notée ici, c'est que, peu de temps avant que M. J.... perdit la vue, sa femme devint enceinte et accoucha d'une fille qui naquit avec tous les caractères d'un Albinos, caractères qu'elle a conservés depuis. L'état d'Albinos de la fille serait-il la suite de la lésion du système nerveux du père? (*Bull. des Sc. méd.*, janvier 1828.)

Péritonite. — *Observation recueillie par le docteur Van-Dekeere.* — Georges Haffnec, âgé de quarante-six ans, d'une haute stature, d'un tempérament nerveux, ayant peu d'embonpoint, était traité, depuis deux ans environ, pour un anévrysme du cœur, lorsque, le 25 décembre 1827, il entra à l'hôpital Saint-Antoine. Il ne respirait qu'avec beaucoup de difficulté, et éprouvait, dans la région précordiale et dans l'épaule gauche, une douleur qui disparaissait à des intervalles inégaux. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, il eut un peu de mieux; mais à partir du commencement de janvier, l'abdomen devint très-douloureux, particulièrement à l'épigastre et aux flancs; la langue devint rouge et sèche, la voix faible et mal assurée, le pouls fébrile; enfin la constipation se joignit à ces différens symptômes. M. le docteur Kapeler, médecin en chef, crut à l'existence d'une gastro-entérite aiguë. (*Sangsues sur les points où les douleurs se faisaient sentir le plus vivement*; *tisanes émollientes pour boisson*; *diète.*)

Le 10 janvier, le pouls était lent et à peine perceptible, la peau

chaude au tronc et froide aux extrémités, la langue brunâtre, les lèvres sèches, la respiration haute et difficile; le ventre, moins douloureux, présentait un peu de météorisme et était sonore au dessous du foie; quelques selles liquides avaient été provoquées par l'administration d'un lavement laxatif avec l'huile de ricin; les bras étaient continuellement en mouvement; le malade, vivement agité, s'abandonnait au découragement. (*Decoctum de semences de lin et eau de gomme pour boisson; demi-lavement de pavot et d'amidon, avec laudanum quinze gouttes, cataplasmes émolliens opiacés sur le ventre; sinapismes aux pieds.*)

Dans la soirée Haffneo succomba. L'ouverture du cadavre eut lieu le surlendemain au matin, et fit voir le ventricule aortique hypertrophié et sa cavité rétrécie. Mais l'abdomen présenta des désordres qu'on n'avait pas même soupçonnés. Le péritoine, rouge dans presque toute son étendue, et recouvert d'une légère couche de fibrine, contenait trois à quatre pintes de sérosité purulente dans laquelle nageaient des filamens fibrineux; les intestins étaient colorés en rose et avaient contracté des adhérences entre eux.

M. le docteur Van-Dekeere se demande comment la péritonite est survenue, et comment elle a pu échapper à son examen et occasionner la mort en aussi peu de temps. « Il est certain, dit-il, que si M. Kapeler eût su avoir affaire à une péritonite, et surtout à une péritonite aussi aiguë, il eût insisté davantage sur les émissions sanguines et les révulsifs. Du reste, il ne serait point impossible qu'il y ait eu entérite, et que la péritonite en eût détourné les élémens constitutifs. De pareilles révulsions ne sont pas rares. » Cette espèce de révulsion est sans contredit fort importante à connaître, quand il s'agit de justifier une erreur de diagnostic; mais nous avouerons franchement qu'il réclame une forte dose de confiance, et que la nôtre ne va pas jusque-là. Quant aux émissions sanguines et aux révulsifs, nous les avons vu échouer si souvent dans les péritonites les mieux caractérisées, que nous ne pouvons nous empêcher de croire que le malade dont il vient d'être question n'en aurait pas moins succombé quand le médecin aurait insisté davantage sur leur emploi. (*La Clinique, etc.*, N.° 27, Tom. II.)

Fracture du tibia chez un foetus. — Une jeune fille, âgée de vingt-cinq ans, fortement constituée, et enceinte de six mois, fit une chute sur le bas-ventre. Aussitôt elle sentit l'enfant se remuer avec beaucoup de force, mais ces mouvemens ne tardèrent pas à cesser. Le terme de la grossesse arrivé, elle accoucha, sans accidens, d'un enfant maigre, très-faible, donnant peu de signes de vie, et offrant à la jambe droite une plaie transversale de neuf lignes de longueur. Cette plaie, dont les lèvres étaient pâles et flasques, passait

d'une malléole à l'autre, intéressait la peau et les muscles sous-jacens, et était accompagnée d'une fracture du tibia. Le corps de cet os était tout-à-fait séparé de l'épiphyse inférieure; il sortait par la plaie en se dirigeant en dehors, avait perdu son périoste, et offrait un mauvais aspect. On tenta, mais vainement, d'en faire la réduction; on fut obligé d'y renoncer, parce que les bords de la plaie furent frappés de sphacèle, et que la nécrose fit des progrès. Le mal s'étendit alors rapidement, et l'enfant mourut au treizième jour. Le docteur Carus, auquel on est redevable de cette observation, la regarde comme une nouvelle preuve qu'un individu peut supporter, pendant la durée de sa vie intrà-utérine, des affections qui deviennent promptement mortelles après la naissance. (*Gemeins-deutsche Zeitschr. für Geburtskunde*; Tom. II, 1827.)

Thérapeutique.

Guérison d'une hernie ombilicale congénitale. — M. J. Bal, chirurgien accoucheur à Tiel, fut appelé, le 21 février 1826, pour un enfant du sexe féminin qui était né avec une hernie ombilicale considérable. Cette hernie, à-peu-près ronde à sa base et se terminant en pointe antérieurement, était située à gauche de la ligne médiane, et recevait l'insertion du cordon ombilical à sa partie inférieure droite; elle embrassait la plus grande étendue des intestins, et présentait à-peu près 7 pouces 6 lignes (pied du Rhin) de longueur sur 7 pouces de largeur : le sac herniaire offrait une couleur cendrée et répandait une odeur de putréfaction. M. Bal, ayant exploré les parties et reconnu leur état, proposa à des médecins venus en consultation, de faire la ligature du sac herniaire. Cet avis fut adopté, et il y procéda de la manière suivante : l'enfant ayant été placé dans une position telle que les tégumens de l'abdomen se trouvassent dans le relâchement, il fit rentrer les parties herniées et lia le sac avec un fil ciré, le plus près de la base qu'il lui fut possible. Alors le péritoine forma un cercle froncé, de deux pouces de diamètre et sans apparence de muscles ou de tégumens, qui fut recouvert de charpie trempée dans du vin rouge; des compresses furent appliquées par dessus, et le tout fut assujetti par quelques tours de bande. Le 24, M. Bal revit l'enfant. On lui rapporta qu'il avait été inquiet et qu'il avait eu des mouvemens convulsifs, mais néanmoins qu'il avait pris le sein et avait semblé par momens éprouver un peu de soulagement. Déjà la tumeur s'était affaissée; une seconde ligature fut placée au-dessous de la première qui fut coupée, de même que le cordon ombilical, dans le dessein de diminuer l'odeur putride qui s'en exhalait. La peau fut ensuite rapprochée au moyen de bandelettes agglutinatives, et le

reste du pansement consista dans l'application de charpie et de compresses imbibées de vin rouge. Le 26, la ligature n'ayant déterminé aucun accident fut serrée davantage. Les bords de la peau, recouverts de phlyctènes d'où s'écoulait un liquide ichoreux et fétide, nécessitèrent que le pansement fut renouvelé tous les jours. Le 1.er mars, l'enfant se portait bien ; le pus était mieux lié et l'odeur moins fétide ; la ligature fut encore resserrée.

De ce jour jusqu'au 14 du même mois, l'état de la petite malade s'était considérablement amélioré ; le pus était bon, la mauvaise odeur avait entièrement disparu, des bourgeons charnus occupaient toute la surface privée de peau et s'élevaient au-dessus des bords de l'ouverture. La charpie fut trempée dans un *décoctum* d'écorce de saule avec addition de sulfate acide d'alumine calciné et de mellite de roses; les fongosités furent touchées avec le nitrate d'argent fondu. Le 29, l'enfant toujours bien portant commençait à reprendre de l'embonpoint; la peau, très-rapprochée, ne laissait plus apercevoir, dans l'intervalle de ses bords, qu'un trait longitudinal de trois quarts de pouce de largeur environ ; et le ventre présentait une surface plane et unie au lieu de la tumeur qu'on y remarquait auparavant. Les mêmes pansemens furent continués sans rien changer à l'appareil, et le 25 avril la guérison était complète; le ventre avait sa forme naturelle, et la hernie était remplacée par une cicatrice solide qui occupait le point où elle avait existé. (*Vaderl. Letteræfeniag.*; août, 1826.)

ÉRYSIPÈLE TRAUMATIQUE GUÉRI PAR L'APPLICATION DU CAUTÈRE ACTUEL. — Un jeune militaire reçut à la tête plusieurs plaies contuses, avec dénudation du périoste en certains points, et des os en quelques autres. Il éprouva des symptômes de commotion d'abord, puis de congestion cérébrale et d'un commencement de compression, symptômes contre lesquels un traitement actif fut dirigé. Cependant il survint aux tégumens du crâne un érysipèle qui ne tarda pas à envahir la région cervicale postérieure, les épaules et la partie supérieure du dos. M. Larrey pratiqua la cautérisation avec le fer incandescent, et parvint ainsi à enrayer la marche de l'érysipèle. Le malade se trouva bientôt mieux, de petites taches brunes furent les seules traces que laissa le cautère dans les points touchés. Enfin un abcès se forma à la région occipitale, et assura la convalescence.

Ce moyen, employé depuis plusieurs années contre tous les érysipèles de ce genre qui se présentent à l'hôpital de la Garde Royale, est constamment suivi du succès. Suivant M. Larrey, la forme du fer employé pour cautériser a peu d'importance; il faut seulement que l'instrument soit appliqué, par une surface étroite, sur un grand nombre de points de la surface envahie par la phlegmasie érysipéla-

teuse. Le cautère agit sans doute en concentrant l'inflammation dans les points avec lesquels il est mis en contact; ce mode d'action est celui du vésicatoire dont se sert M. le professeur Dupuytren pour fixer l'érysipèle ambulant, et pour faire disparaître celui dont la résolution se fait attendre trop long-temps. (*La Clinique*, etc., n.° 25, tom. II.)

Emploi de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans de cas de tumeurs. — M. le docteur Huncfeld, professeur de chimie à l'université de Greifswalde, dit avoir reconnu que ce sel, réduit en poudre très-fine et incorporé à l'onguent napolitain simple et à l'extrait de ciguë, était un des moyens les meilleurs à mettre en usage contre les tumeurs et les indurations lymphatiques, les dépôts arthritiques, et les engorgemens qui reconnaissent pour cause une fluxion rhumatismale. D'autres praticiens, surtout en Allemagne, ont constaté l'efficacité de ce médicament contre ces diverses affections. M. Huncfeld a entrepris alors une série d'expériences dans l'intention de déterminer l'action chimique du sel ammoniac sur les carbonate et phosphate de magnésie, sur le phosphate ammoniaco-magnésien artificiel et sur celui des concrétions animales, sur les carbonate, sulfate, fluate et phosphate de chaux, les os calcinés et non calcinés, les écailles d'huîtres et les yeux d'écrevisses calcinés, enfin sur les calculs urinaires et les concrétions de nature différente. Des résultats qu'il a obtenus, il tire les conclusions suivantes :

1.° Le solutum aqueux d'hydrochlorate d'ammoniaque peut, à une température élevée, décomposer et dissoudre peu-à-peu les phosphates terreux, en donnant naissance à de nouveaux composés qui sont solubles. Par conséquent, cet agent s'oppose à la production de phosphates insolubles, et si son administration est long-temps continuée, il ne se borne pas à agir d'une manière purement chimique, il tend encore à faire disparaître la diathèse calculeuse dans laquelle les concrétions sont formées de phosphate de chaux ou de phosphate de magnésie. Comme il peut être donné à doses assez fortes, et qu'il pénètre mieux que les acides dans les voies éloignées de l'économie, il peut être employé fort avantageusement dans cette espèce de lithiase. Mais alors on ne doit pas oublier qu'il y'a souvent formation d'acide urique, et dans ce cas il faut administrer alternativement un bicarbonate alcalin. Cette méthode a été suivie une fois par le Docteur Huncfeld, et avec beaucoup de succès.

2.° L'hydrochlorate d'ammoniaque est un excellent moyen dans certaines affections chroniques, comme le rhumatisme, l'arthritis, la tendance aux ossifications, etc.

3.° Il peut être utile dans les cas de callosités composées de phosphate et de carbonate de chaux, ou de phosphate de magnésie;

4.° Il est possible que l'organisme s'en serve pour produire dans le chyme certains changemens, et pour opérer des décompositions nécessaires aux excrétions qui doivent avoir lieu.

5.° Donné à petites doses, il peut prévenir la formation du tartre des dents, et peut-être même faire croître les cheveux et les empêcher de blanchir.

6.° Enfin il peut être appliqué à l'analyse des corps organiques d'origine animale.

Le docteur Hunefeld s'est en outre servi de ce sel pour distinguer le pus du mucus et déterminer, dans un mélange de ces deux corps, les proportions de chacun d'eux. La matière de l'expectoration d'un phthisique fut mise dans une dissolution peu concentrée d'hydrochlorate d'ammoniaque, et après une agitation de quelques minutes, elle y prit une apparence gélatineuse homogène; portée ensuite à la température de l'ébullition, elle laissa déposer, sous forme de flocons blancs, la partie albumineuse du pus, tandis que le mucus resta dissous.

Le même résultat fut obtenu en dissolvant le pus dans l'ammoniaque jusqu'à consistance gélatineuse, puis en neutralisant l'alcali par l'addition d'une suffisante quantité d'acide hydrochlorique; la portion albumineuse du pus se sépara sous forme d'une masse demi-liquide, de couleur blanche et légèrement brillante, et le mucus resta dans la liqueur. Il fut cependant nécessaire de chauffer et d'étendre d'eau la solution trop concentrée du sel pour déterminer une séparation complète.

A l'aide de ce moyen, on parviendra aisément à reconnaître dans une matière expectorée la présence du pus, lorsque la proportion de cette substance sera à celle du mucus au moins comme 10 est à 100; au-dessous de cette quantité, il deviendrait difficile de conclure que l'expectoration serait purulente parce que des traces d'albumine s'y rencontreraient. (*Archiv für mediz. Erfahrung*; 3.° et 6.° cahier, 1826.)

Salivation guérie par le calomel. — Un homme cachectique s'endormit près d'un mur, et peu de temps après son réveil, fut affecté d'un gonflement de la face qui ne détermina, il est vrai, aucune douleur, mais qui fut suivi d'une salivation des plus abondantes. De nombreux moyens furent mis en usage pour arrêter ce flux immodéré, sans qu'aucun d'eux fut suivi de succès. Enfin, M. le docteur Guimper prescrivit le calomel à la dose d'un à deux grains, trois ou quatre fois par jour, et, au bout de six jours de ce traitement, la salivation avait complètement disparu. (*Hufeland's journal*.)

Extrait de baume de Copahu dans la gonorrhée. — M. le docteur

Thorn recommande contre le catarrhe de l'urètre le baume de Copahu privé de son huile essentielle, et il se loue beaucoup de cette préparation, à laquelle il donne le nom d'*Extrait*. On sait combien les praticiens en général craignent d'administrer le Copahu dès le début de cette maladie ou tandis qu'elle est à l'état aigu; cependant c'est dans ces deux premières périodes que ce nouveau médicament est surtout avantageux. Dans l'un des cas que M. Thorn a observés, cet extrait, donné à la dose de 15 à 24 grains, trois fois par jour, guérit la gonorrhée dans l'espace de deux jours. Dans d'autres circonstances, il est arrivé à ce médecin de le prescrire pendant la période d'acuité, et quoique des symptômes de gonflement des testicules commençassent à se manifester : alors, en le faisant prendre à la dose de dix grains, trois fois en vingt-quatre heures, il n'a jamais remarqué que les accidens fussent augmentés; bien loin de là, il les a fréquemment vus disparaître en peu de temps sous l'influence de cet extrait.

Une précaution indispensable avec ce médicament, comme avec tous ceux qui sont employés contre la même affection, c'est d'en continuer l'usage quelques jours après la cessation de l'écoulement. Il n'est pas moins utile d'en seconder l'effet pendant tout le traitement par des déplétions et un régime rafraîchissant. Lorsque la maladie est à l'état chronique, et que l'altération de la membrane muqueuse donne lieu à la formation d'ulcères, l'extrait de Copahu n'amène plus des résultats aussi heureux; mais, dans ces cas, M. Thorn se sert avec un grand succès d'une injection composée d'extrait de tormentille, un gros, dissous dans eau distillée, six onces. (*The north American journal.*)

EMPLOI DU SULFATE DE ZINC CONTRE LA BLENNORRHAGIE ET LA LEUCORRHÉE. — Le docteur Charles W. M. S. Graham, chirurgien à Dalkeith, après avoir vu maintefois l'administration du baume de Copahu, du poivre cubèbe et des autres astringens usités dans les cas de gonorrhée et de leucorrhée, n'être suivie d'aucun succès, s'est déterminé à prescrire à l'intérieur le sulfate de zinc mis en pilules à l'aide de la térébenthine ordinaire. Chacune de ses pilules contient trois grains de sulfate, et il commence par en faire prendre une le matin, une au milieu de la journée et une le soir. Suivant l'état du malade, il porte la dose jusqu'à deux pilules trois fois par jour. Jamais il n'a dépassé cette quantité, et toujours elle a suffi pour opérer une guérison parfaite dans l'espace de huit à dix jours, sans qu'il ait été besoin de recourir à des injections. Pendant la durée de ce traitement, on doit s'abstenir de boissons fermentées et de liqueurs alcooliques dont l'effet serait d'entretenir le mal. En dirigeant ainsi l'emploi de ce moyen, M. Graham n'a point observé de nausées, de

vomissemens ni d'autres symptômes dont l'apparition aurait pu le contraindre à suspendre l'usage du médicament. Il a guéri par ce traitement une leucorrhée qui durait depuis six mois. (*Edinburgh medical and surgical journal ; july* 1826.)

Sciatique guérie par l'acupuncture. — M. le docteur Earle s'est servi récemment de ce moyen, dont le mode d'agir est encore si peu connu, contre une névralgie sciatique rebelle qui avait résisté à toutes les autres médications usitées. Deux aiguilles furent introduites, à une profondeur d'un pouce à-peu-près, sur les côtés du sacrum, et elles y furent laissées pendant un quart-d'heure. Les douleurs disparurent presque aussitôt, et le malade passa une nuit tranquille pour la première fois depuis plusieurs mois. Peu de jours après, la névralgie revint, mais avec moins d'intensité, et une nouvelle introduction de deux aiguilles suffit pour la dissiper entièrement. (*The medico chirurgical Review, etc. ; july* 1827.)

Affection spasmodique guérie par l'application du cautère actuel. — Un homme, âgé de quarante ans, ouvrier tisserand, fut pris tout-à-coup, au milieu de son travail, d'une vive douleur à la région postérieure du cou ; cette douleur était accompagnée d'une rigidité tétanique qui rendait la flexion de la tête impossible, et qui, cessant par accès, était remplacée par une agitation alternative de tous les muscles. Ce mouvement portait la tête du malade, indépendamment de sa volonté et par secousses, dans le sens de la flexion et de l'extension, et cela de la manière la plus rapide et la plus fatigante; puis, au bout de quelques instans, il s'arrêtait, et la rigidité lui succédait.

Le malade était depuis plusieurs jours dans l'état qui vient d'être décrit, et déjà il avait fait usage de plusieurs médicamens, lorsqu'il entra à l'hôpital de la Charité, dans l'une des salles de M. le professeur Chomel. Ce médecin prescrivit sur-le-champ des cautérisations longues et profondes sur les côtés du ligament cervical postérieur, et des résultats heureux furent promptement obtenus. Les spasmes cessèrent, la rigidité diminua considérablement, et on peut même attribuer celle qui persista autant à l'action du cautère qu'à la cause primitive qui l'avait déterminée.

Cette singulière affection s'était déjà manifestée une première fois chez le même individu, et cette récidive tend à faire considérer la profession de tisserand comme pouvant en favoriser le développement. (*La Clinique, etc.*, N.° 24, tom. II.)

Apoplexie guérie par le cautère actuel. — Timothée Romanof, âgé de vingt ans, musicien de la 3.e brigade d'artillerie russe, après avoir, le 29 janvier 1824, joué pendant plusieurs heures d'un instrument à vent, ressentit tout-à-coup un froid glacial se glisser sous sa

peau, et à la suite, il se trouva pris d'une faiblesse générale excessive. Le 20, on le transféra à l'hôpital, où il resta deux jours dans le même état, ayant quelques accès de fièvre, de l'insomnie et une légère difficulté de respirer. Le 23, son état semblait considérablement amélioré, lorsque, vers les deux heures à-peu-près, il fut frappé d'apoplexie. La respiration presque nulle et stertoreuse indiquait le siége du mal dans le cerveau même, et le docteur [illegible], médecin en chef de la brigade, fit pratiquer sur-le-champ une saignée d'une livre pour remédier à l'épanchement; en même temps il prescrivit des frictions de neige sur la tête, les tempes et le cou, et toutes les trois heures un lavement avec du vinaigre. A ces moyens l'on adjoignit encore des frictions sous la plante des pieds et aux diverses parties du corps avec l'alcohol camphré et la teinture de cantharides; mais quelque énergiques que soient ces médications, elles n'amenèrent que de bien faibles changemens dans la position du malade, et on se détermina à recourir au cautère actuel. On se servit pour cela d'une monnaie de cuivre qu'on fit rougir à blanc, et qu'on appliqua alors entre les deux épaules, vers la première vertèbre dorsale. Aussitôt la sensibilité nerveuse du patient fut réveillée; des [illegible] imprégnés de liquides irritans et volatils furent approchés de l'ouverture des narines et le firent tressaillir; ses paupières s'agitèrent pour la première fois. Les sternutatoires ne furent pas négligés non plus, et, pendant tout le temps que nécessita l'emploi de ces différens moyens, les pieds furent recouverts de sinapismes très-chauds, et des bouteilles fortement échauffées furent mises constamment en contact avec les mains et les régions voisines des hanches. Alors seulement les tégumens extérieurs commencèrent à se ranimer, et les extrémités reprirent leur chaleur naturelle. Le pouls donnait 80 pulsations par minute; on ouvrit une veine au pied et on en tira six onces de sang. Le malade entr'ouvrit aussitôt les yeux, et, après seize heures de traitement, il était tout-à-fait revenu à lui-même. Le lendemain, il put marcher en s'appuyant sur le bras d'un infirmier. Le 16 février suivant, il était parfaitement rétabli, et il quitta l'hôpital. (*Voienno-meditsinskiy Journal*; Tom. IV, n.° 3, pag. 366, 1824.)

Efficacité du feu dans le traitement de différentes affections. — *Obs.* I.re — Un marchand arménien, âgé de quarante ans, fit une chute sur la tête et reçut une violente contusion à la nuque. A la suite de cet accident, il perdit graduellement la mémoire, au point que, cinq mois après, il était dans un état d'amnésie complète. A cette époque, il survint, en outre, un accès d'épilepsie, dont la cause fut attribuée à la chute. Le docteur Kholodovitch, aux soins duquel il fut confié, ordonna successivement la saignée du pied, un vésicatoire à la partie postérieure du cou, des médicamens irritans,

des narcotiques, le décoctum d'*arnica montana*, le calomel, les sinapismes aux extrémités inférieures ; mais tous ces moyens restèrent sans succès. Alors il se décida à employer le cautère actuel, et la base même de la nuque fut le point qu'il choisit pour l'appliquer. Les résultats obtenus furent tels, que huit jours s'étaient à peine écoulés depuis la cautérisation, et déjà la mémoire était revenue. La tête fut lavée avec des décoctums de plantes aromatiques, la racine d'*anthemis pyrethrum* fut prescrite, et le malade marcha rapidement vers la santé.

*Obs. II.*e — Kartamonis, chef du régiment des dragons de Wladimir, fut attaqué de la fièvre inflammatoire qui régna épidémiquement parmi les soldats formant la ligne du Caucase. Cette maladie fut accompagnée d'une oppression considérable dont il guérit heureusement, mais à la suite de laquelle il perdit peu-à-peu la faculté de voir, et se trouva enfin atteint d'une amaurose complète. En vain eut-on recours aux vomitifs, à l'infusum d'*arnica*, aux vésicans, etc., toutes ces médications furent infructueuses, et la cécité resta la même. Alors M. le docteur Kholodovitch fit raser la tête et appliquer le feu aux points de jonction de l'occipital et des os temporaux. Pendant quatre mois cette application fut réitérée chaque jour, et, au bout de ce temps, le malade avait recouvré l'usage de la vue.

*Obs. III.*e — Une femme arménienne, âgée de trente-cinq à quarante ans, fut prise d'une fièvre intermittente tierce qui se prolongea fort long-temps, et à la suite de laquelle survint une suppression du flux menstruel. Le docteur Kholodovitch prescrivit des toniques à l'intérieur, et, pour ranimer les fonctions de l'utérus, il conseilla l'emploi de l'électricité. Sa proposition fut accueillie, et on dirigea le fluide électrique du sacrum vers le pubis, de manière à agir sur le plexus mésentérique inférieur, et par conséquent sur le plexus utérin qui en naît. Après quelques commotions renouvelées à plusieurs reprises, des caillots de sang menstruel arrêté s'échappèrent, et, dans l'espace de trois semaines, les règles reparurent à-peu-près comme par le passé. Encouragée par des résultats si heureux, la malade consentit à se laisser appliquer le cautère actuel de chaque côté du sacrum, vis-à-vis les trous qui donnent passage aux quatrième et cinquième paires de nerfs sacrés, en même temps qu'on lui recouvrit le bas-ventre d'un cataplasme de renoncule des prés pilée. Cette double médication triompha sans peine de l'aménorrhée, et M. Kholodovitch recommande, à cette occasion, la renoncule qui vient d'être indiquée, comme jouissant à un haut degré de la propriété de ranimer le système nerveux et l'action des vaisseaux. Les habitans des campagnes de la Volhynie coupent les fièvres intermittentes en appliquant, quelques heures avant l'accès, cette plante pilée en épi-

carpe. (*Voïenno-meditsinsky Journal*; Tom. I.er, n.° 3, pag. 343, 1824.)

Hémiplégie guérie par l'emploi de la noix vomique. — M...., âgé de soixante ans, fortement constitué et ayant beaucoup d'embonpoint, eut une attaque d'apoplexie à la suite de laquelle il resta hémiplégique, malgré l'emploi des moyens appropriés, comme saignées du bras, sangsues au cou, purgatifs, linimens excitans et applications vésicantes. Un mois après, ce malade, que de nombreuses affaires avaient obligé à beaucoup d'exercice jusqu'au moment de cet accident, ne pouvant plus marcher qu'avec beaucoup de peine, et encore à l'aide d'une canne, se décida à faire usage de l'extrait alcoholique de noix vomique, malgré tous les inconvéniens attachés à l'emploi de cette préparation. Il en prit d'abord une pilule d'un grain, et la dose fut augmentée d'un grain chaque jour. Le sixième jour, les deux jambes commencèrent à offrir quelques secousses et des fourmillemens furent ressentis dans les doigts; le septième, des mouvemens involontaires eurent lieu dans la jambe paralysée, et M.... ne fut plus le maître de s'arrêter en marchant. Pendant sa promenade, il fut pris de vertiges et d'étourdissemens, et il resta même quelques minutes sans savoir où il était et vers quel lieu il se dirigeait. Le lendemain, marche beaucoup plus assurée, jambe semblant moins lourde au malade. Cependant, comme la face était plus rouge et le pouls plus dur qu'avant l'administration des pilules, on les suspendit. Des sangsues furent posées à l'anus, des boissons délayantes furent ordonnées, et le mieux persista. Huit jours après, on reprit l'extrait, en commençant par la même quantité que la première fois, et l'augmentant toujours dans la même progression. Le quatrième jour, on fut forcé d'en cesser de nouveau l'usage, parce que des secousses désagréables dans les membres et un léger embarras vers la tête se manifestèrent. On donna un purgatif et l'on resta quelque temps en repos. Cependant M...., reconnaissant dans son état une amélioration de plus en plus marquée, se décida encore à reprendre les pilules, et, dès le troisième jour, des secousses furent produites et furent suivies d'un mieux plus prononcé qu'il ne l'avait été jusques là. Cinquante pilules environ ont été prises dans l'espace de cinq semaines, et le malade en est arrivé à ce point qu'il peut maintenant se passer de canne, et se livrer à ses occupations qui exigent une marche presque continuelle pendant la majeure partie de la journée. (*Précis de la Soc. médic. de Tours*; 4.e trim., 1827.)

Accouchemens.

Naissance de cinq jumeaux. — *Observation recueillie par le docteur Weiss.* — Une femme, âgée de vingt-sept ans, d'une taille

moyenne, fortement constituée, mariée depuis cinq ans, et ayant eu une couche double deux ans auparavant, devint enceinte pour la seconde fois. Cette nouvelle grossesse ne présenta rien d'extraordinaire; seulement la femme éprouva plus de faiblesse et se sentit moins de disposition à manger et à dormir. Le ventre était fortement distendu, surtout à droite, et les mouvemens se faisaient principalement sentir à gauche. Le terme de la gestation arrivé, elle mit au monde cinq jumeaux, d'abord deux garcons, puis une fille, un troisième garcon ensuite, et enfin une fille. Chacun de ces enfans était renfermé dans une poche séparée, et fut suivi de la sortie immédiate de son placenta. Ils présentèrent tous la première position de la tête, et vinrent de plus en plus lentement jusqu'au dernier, qui ne fut expulsé qu'avec beaucoup de difficulté.

Ces enfans, quoique régulièrement conformés, ne paraissaient pas à terme; ils avaient un aspect de vieillesse; les cris qu'ils faisaient entendre étaient tremblottans; ils dormaient continuellement, et leur température était inférieure à celle des nouveau-nés. En général, leur longueur était de 15 pouces 6 lignes à 16 pouces 6 lignes. Le cordon ombilical, dans lequel on ne pouvait déjà plus distinguer de pulsations à l'instant de la naissance, était long de 16 pouces chez les garcons, et de 12 chez les filles. Aucun d'eux ne vécut au-delà du troisième jour, et le deuxième des garçons, pesé après sa mort, offrit un poids de moins de deux livres. Quant à la mère, malgré sa grande faiblesse, elle ne tarda pas à être entièrement rétablie. (*Gemeins. deutsche Zeitsch. für Geburtskunde*; Tom. II, 1827.)

Délivrance tardive. — *Observation recueillie par le docteur And. Primus.* — Une femme accoucha, le 25 janvier, d'un enfant mort et chez lequel un commencement de putréfaction se faisait déjà remarquer. La sage-femme qui l'assistait fit inutilement plusieurs tentatives pour extraire le placenta, et ses tractions allèrent même jusqu'à arracher le cordon. L'arrière-faix resta dans l'utérus dont le col se ferma, et il ne survint ni contractions qui indiquassent la délivrance, ni écoulement de lochies. Néanmoins, cette femme jouit d'une santé parfaite jusqu'au 14 mai suivant, époque où des coliques et une légère perte sanguine se manifestèrent. Ces symptômes, qui ne durèrent que peu de temps, reparurent le 22 du même mois; mais cette seconde fois ils offrirent plus d'intensité, et furent suivis de l'expulsion du placenta, dont le séjour prolongé dans la matrice n'entraîna aucun accident. (*Gemeins. deutsche Zeitschr. für Geburtskunde*; Tom. II, 1827.)

Pharmacologie, Toxicologie, etc.

Empoisonnement par l'acide sulfurique. — *Observation recueillie*

par le docteur Carus. — Une femme, enceinte et arrivée à la fin de sa grossesse, s'empoisonna avec de l'acide sulfurique concentré, et en garda le secret jusqu'à l'instant de sa mort. A ce moment, les derniers efforts de la nature furent employés à expulser l'enfant. Ce que l'autopsie présenta de plus remarquable, ce fut de l'acide sulfurique qui se rencontra dans la cavité des plèvres, dans celle du péritoine, dans le cœur et dans la vessie ; on en trouva même dans les eaux de l'amnios. (*Gemeins. deutsche Zeitschr. für Geburtskunde*; Tom. II, 1827.)

VENIN DES SERPENTS A LUNETTES. — *Extrait d'une lettre datée de Pondichéry, le* 19 *avril* 1827. — M. Adolphe Bellanger, médecin de la marine et directeur en chef du jardin royal de Botanique de Pondichéry, voulant constater les effets délétères du venin des serpents à lunettes, a fait une série d'expériences desquelles il résulte que deux grains de ce venin, déposés sur la surface du conduit auditif d'un chien, sont suffisans pour déterminer la mort en donnant lieu à des symptômes très-remarquables. Ce même venin, mis en contact avec la conjonctive, la langue, etc., produit encore des accidens très-graves. (*Journ. de Chim. médic., etc.*; décembre, 1827.)

PROPRIÉTÉS DIURÉTIQUES DE LA PRÊLE. — Les plantes du genre Prêle (*Equisetum*, Linné) ont été citées, même par les plus anciens auteurs qui aient écrit sur la matière médicale, comme exerçant une action spéciale sur l'appareil sécréteur de l'urine ; cependant leur usage en médecine n'est rien moins que fréquent. M. le professeur Lenhossek, de Vienne, a voulu dernièrement le remettre en vigueur, et il a recommandé toutes les espèces de ce genre comme des diurétiques puissans et vraiment spécifiques. Suivant lui, l'action de ces végétaux n'a rien de redoutable pour les voies digestives, et leur administration n'apporte aucun trouble dans l'exercice des fonctions de la circulation et de l'innervation ; cette innocuité les lui fait regarder comme l'emportant de beaucoup sur la digitale, la scille, le colchique et les autres médicamens analogues dont l'ingestion est souvent suivie de résultats fâcheux. C'est surtout contre l'accumulation de sérosité par atonie, ou à la suite d'affections exanthématiques, qu'il les conseille ; il les juge nuisibles dans les cas où cette accumulation est la suite d'un état inflammatoire.

La propriété diurétique se retrouve bien dans toutes les espèces, mais elle y existe à des degrés différens ; par exemple, elle est faible dans les *Equisetum arvense*, *variegatum*, *palustre* et *ramosum* ; au contraire, dans l'*Equisetum limosum* et l'*Equisetum hiemale*, elle est tellement énergique qu'elle peut quelquefois aller jusqu'à occasionner l'hématurie.

Enfin, la plante sèche est préférable à la plante verte, parce que cette dernière est douée d'une trop grande activité.

Elle s'administre soit sous forme de poudre, soit en décoction; mais le second moyen est préférable au premier, parce que l'eau chargée par l'ébullition des principes médicamenteux de ces plantes n'a ni odeur ni saveur désagréables, et qu'elle peut être bue sans difficulté, même par les enfans, lorsqu'elle est suffisamment édulcorée.

La préparation consiste à faire bouillir, pendant un quart-d'heure, deux ou trois gros de la plante sèche dans deux livres d'eau de fontaine ou de rivière, à passer ensuite au travers d'une étamine, et à sucrer. La dose est d'une à deux cuillerées toutes les deux heures pour les enfans, selon leur âge, et de trois à six onces pour les adultes. On en continue l'usage jusqu'à ce que l'excrétion de l'urine soit notablement augmentée. (*Edinb. med. and surg. Journ.*, janv. 1827.)

Nouveau styptique. — Dans l'une des dernières séances de la société Médico-Botanique de Londres, présidée par sir Georges M'Gregor, M. Frow présenta un échantillon d'une plante nommée *matica* par les habitans du Pérou, et usitée par eux comme styptique externe. Cette plante, dont les feuilles sont cordées et très-cotonneuses à leur surface extérieure, fut soumise à l'examen et reconnue pour appartenir au genre *piper*. Pour employer ces feuilles, on les réduit en poudre grossière qu'on applique sur les parties malades. (*The north American medical and surgical journal*; octobre 1827.)

Sophistication du sous-phosphate de soude. — Le sous-phosphate de soude du commerce est très-souvent falsifié par l'addition d'une proportion assez considérable du sulfate de la même base. Ces deux sels n'agissant pas de la même manière, puisque le premier purge doucement, tandis que le second occasionne toujours des coliques chez les individus d'une faible complexion, il est essentiel de pouvoir les distinguer, et on parvient facilement à reconnaître la sophistication à l'aide du moyen suivant: On dissout une portion du sel dans six parties d'eau pure; on sature la dissolution avec de l'acide nitrique pur; puis on ajoute une petite quantité de nitrate de baryte liquide. Si la liqueur se trouble, et qu'il se forme un précipité, on peut en conclure sûrement qu'il s'y trouve du sulfate de soude ou un autre sulfate; mais il est rare qu'on fraude le sous-phosphate de soude avec un sulfate d'une base différente. (*Le Technologue*; février, 1828.)

Pastilles pour détruire l'infection de l'haleine. — M. Chevallier propose la formule suivante pour faire disparaître la fétidité de l'air expiré: *Pr.* chocolat pulvérisé, trois onces; charbon végétal porphyrisé, une once; vanille pulvérisée, un gros; mucilage de gomme adragante, q. s. *F. s. l'a.* des pastilles de dix-huit grains, dont on pourra prendre six à huit par jour. (*Journal de Chimie méd., etc.*; décembre, 1827.)

Académie royale de Médecine. (Février.)

ACADÉMIE RÉUNIE. — *Séance du* 5 *février*. — *Fièvre jaune*. — M. Dalmas, en son nom et aux noms de MM. François et Paul Dubois, lit un rapport sur plusieurs documens relatifs à la fièvre jaune, adressés à l'académie par l'autorité, et provenans, les uns de M. Listrohan, médecin de l'intendance sanitaire de Lorient, les autres dus à l'enquête qu'a fait faire le préfet du département des Basses-Pyrénées sur la manifestation de la fièvre jaune au port du passage consécutivement à l'arrivée du brigantin *la Donostierra*.

M. Listrohan combat l'opinion généralement admise, qu'au delà du 48.e degré de latitude, et au-dessous d'une température de 25 degrés, toutes mesures sanitaires contre la fièvre jaune sont inutiles. Il rapporte que quarante hommes appartenans aux vaisseaux *le Foudroyant*, *l'Aigle* et le *Tourville*, qui revenaient de Saint-Domingue, furent mis à terre à Triberon malades de la fièvre jaune; que sur ce nombre, vingt-trois moururent; qu'à la vérité personne au lazaret ne gagna la maladie, mais que deux individus allèrent la prendre sur l'escadre. Il rappelle qu'en 1756 l'escadre de M. Dubois de la Mothe revint à Brest encombrée de malades; qu'il en fut de même de l'armée navale du comte d'Orviliers, obligée de rentrer après huit ou dix jours de mer; et qu'enfin les frégates *la Clorinde* et *la Renommée*, revenues à Brest après une croisière dans les mers des Antilles, et sans avoir touché à aucun port, donnèrent la maladie à toute la ville.

Les documens relatifs à l'épidémie du port du Passage établissent que le brigantin *la Donostierra* partit de la Havane le 18 juin 1823; que douze jours après son départ, il eut un mort de la fièvre jaune; qu'arrivé le 2 août, après cinquante-deux jours de traversée, au port du Passage, il n'y fut soumis à aucune quarantaine; qu'un douanier qui vint s'établir à son bord y mourut au bout de quinze jours; que de douze charpentiers employés à réparer le bâtiment, six moururent assez promptement; que la maladie atteignit ensuite deux bateliers qui demeuraient dans le voisinage du lieu où stationnait le bâtiment; que de là elle se propagea à d'autres individus; et qu'enfin, sur une population de trois mille personnes, il y eut quatre-vingt-douze malades et cinquante-six morts. Cependant, une junte composée de médecins et de magistrats déclara que la maladie n'avait pas été contagieuse.

A l'occasion de ces documens, le rapporteur, M. Dalmas, se livre à une discussion fort étendue sur la fièvre jaune. Si la nature contagieuse de cette maladie est, dit-il, un point encore en litige, c'est qu'on n'est pas d'accord sur le sens à donner au mot *contagion*; chacun l'interprète dans le sens favorable à son opinion : pour les médecins contagionistes, il y a contagion dès qu'il existe un agent transmissible; et pour les médecins non contagionistes, il faut absolument nécessité du contact. Quel est le mode de propagation de la fièvre jaune? voilà, dit M. Dalmas, la question toute entière. Selon les contagionistes, c'est par l'importation de germes spéciaux, d'origine et de nature animales, susceptibles de se conserver et de se reproduire. Selon leurs adversaires, c'est par une atmosphère contaminée, formant un foyer d'infection et de méphitisme borné à de certaines limites, et dans lequel seul réside la faculté transmissible. De ces deux opinions, la dernière, celle de l'infection, ou mieux, d'une influence de causes locales et éventuelles, a pour elle, selon M. Dalmas, plus de faits. Comment concevoir, dit-il, que des germes soient tout à-la-fois assez vivaces pour résister aux influences locales, aux variations des saisons et de l'atmosphère, et pour pouvoir être transportés au loin, et assez dépourvus de force pour ne pas infecter tous les pays qu'ils traversent? Comment, avec ces germes, expliquer l'apparition de la fièvre jaune, sans communication avec des bâtimens venus de loin, ou avec des terres infectées, et par le fait seul de causes locales? Comment expliquer la circonscription de la maladie dans l'enceinte des villes? D'ailleurs, la fièvre jaune est-elle la seule maladie qui reconnaisse pour cause un foyer local d'infection? N'en est il pas de même du typhus? Enfin, si l'on objecte qu'on ne peut caractériser ce qui compose le foyer d'infection, ne peut-on pas répondre qu'on ne spécifie pas davantage le prétendu germe importé? Sans doute l'idée d'une importation par un agent exotique dut venir d'abord, quand on vit le mal désoler surtout les villes maritimes, les ports, les rades, les vaisseaux, etc.; mais depuis qu'on a vu la fièvre jaune apparaître spontanément en Europe et en Amérique, on a dû revenir à la théorie de l'influence des causes locales; et le succès des émigrations, leur innocuité relativement au pays où elles se font, ont dû achever de prouver que la fièvre jaune est une maladie indigène, domestique, au développement de laquelle tout agent exotique est étranger, et qui, hors d'un cercle déterminé par des causes et des lois inconnues, ne se communique jamais par le contact. Telle est maintenant l'opinion universelle en Amérique; on y voit le fléau se borner aux villes, souvent à un seul quartier, à un petit nombre de maisons, et on n'en accuse plus qu'une altération de l'atmosphère consécutivement à plusieurs causes locales réunies. On

convient bien que la latitude, certaines localités et certaines conditions organiques ont ici une influence. Ainsi, sous les tropiques, les lieux sont d'autant plus préservés qu'ils sont plus élevés au-dessus du niveau de la mer; leur éloignement du rivage concourt moins à les préserver du fléau. Ainsi, il paraît que les causes génératrices de la fièvre jaune existent essentiellement dans les plaines, et surtout dans celles qui sont exposées aux rayons d'un soleil vertical, en même temps qu'au débordement des rivières, à l'action des marées. Ainsi, dans tout climat, l'existence et l'énergie de la maladie sont relatives au nombre et à l'intensité des causes qui la développent. On la voit cesser à l'époque de l'hivernage, même dans les terrains bas et marécageux, dans ceux que les Espagnols appellent *terres brûlantes*; presque continue à la Guyane, et peu durable à *Caracas*; elle n'a jamais dépassé *Xalapa*, station qui est intermédiaire, et à la *Vera-Cruz* où elle est *toujours*, et à *Mexico* où elle n'est jamais. Une élévation de quelques toises dans une ville suffit souvent pour en affranchir, comme on le voit au fort Bourbon à la Martinique, au fort Cilet à Sainte-Lucie, comme le prouve la préservation des hauteurs de Philadelphie, de New-Yorck et de Gibraltar. Objecterait-on que ce qui est en Amérique peut ne pas être en Espagne? Mais, dès qu'un foyer méphitique est formé, quelque part que ce soit, sa faculté transmissible est la même; et d'ailleurs la fièvre jaune ne s'est pas plus montrée en Espagne qu'en Amérique, contagieuse hors du foyer d'infection. On a cité, à l'appui de l'opinion de la contagion, des cas de fièvre jaune observés sur des bâtimens partis d'Amérique; la rencontre en mer de deux frégates, dont l'une infecta l'autre; la transmission de la maladie à l'aide de comestibles que reçut un navire destiné pour Ayamonte, d'un bateau pêcheur qui lui-même avait reçu le mal d'un navire sorti de Gibraltar; les infections produites sur le littoral de l'Espagne par un convoi sorti de la Vera-Cruz et de la Havane; les cas cités dans les documens dont on vient d'entretenir l'académie; enfin tous ceux où la maladie s'est développée dans des lieux où il était absolument impossible d'admettre aucun foyer local d'infection. Mais, dit M. Dalmas, si ces faits prouvent l'importation de germes morbides, on a lieu de s'étonner que la terre n'ait pas été encore en entier envahie par ce fléau, tant la force contagieuse de ces germes a dû avoir de force. Ensuite, c'est dans les latitudes et les parages où la fièvre jaune est endémique, et survient souvent spontanément, que s'est faite la rencontre des deux frégates; c'est dans les chaleurs de l'été que le convoi de la Havane débarqua en Espagne; et c'est à l'ouverture des écoutilles, et pendant le déchargement des marchandises, que les ouvriers furent atteints. Déjà, dit-on, des malades avaient été vus à Ayamonte, quand le navire accusé de l'importation s'y présenta. En-

fin les cas de fièvre jaune sans infection locale sont très-rares, peu authentiques, et peuvent être considérés comme des faits de fièvre jaune sporadique. A l'appui du système de l'infection, M. Dalmas cite ces cas, où des navires partis de ports dans lesquels la fièvre jaune est inconnue, ont été changés, après quelques jours de mer, en foyers d'infection, par cela seul qu'ils étaient encombrés de soldats mal vêtus et mal nourris. Il rapporte que cinq cents malades de fièvre jaune ont été admis en novembre et en décembre dans les hôpitaux de Cadix, mais que le froid de la saison empêcha qu'ils ne formassent un nouveau foyer d'infection. Il demande si, dans les épidémies typhoïdes de Mayence, de Torgau, de Metz, en 1813, le mal eut une origine étrangère? S'il en fut de même de celle qui ravagea l'armée anglaise à l'embouchure de l'Escaut, et dont aucun soldat anglais ne rapporta le moindre germe en son pays? Il pense donc que si l'Espagne a souvent la fièvre jaune, c'est que son sol peut, en de certains temps, présenter comme l'Amérique les causes locales qui développent cette maladie. Dans l'Amérique du Nord, dit encore M. Dalmas, depuis que l'autorité a soupçonné l'action des causes locales et a cherché à y porter remède, les épidémies de fièvres jaunes sont bien moins fréquentes et bien moins meurtrières; et s'il n'en a pas été de même aux Antilles et dans les régions équinoxiales, il faut en accuser les révolutions du pays, et l'arrivée en ces régions de nombreux soldats européens. M. le rapporteur s'étonne que M. Chervin, et la commission qui a examiné les documens recueillis par ce médecin, aient pu penser qu'on pouvait résoudre la question de l'utilité des lazarets et des précautions quaranténaires, avant d'avoir décidé la question scientifique de la contagion ou de la non contagion de la fièvre jaune. La raison, dit il, la prévoyance et l'humanité le défendent, et la circonspection qu'observe ici le gouvernement est sagesse et devoir. Il termine par les conclusions suivantes : 1.° que la fièvre jaune est un typhus particulier aux pays chauds, et endémique en quelques parties du Nouveau-Monde. 2.° Que sa cause première est un foyer d'infection, dans lequel réside exclusivement la faculté transmissible. 3.° Que ce foyer est dû à un concours de causes locales et éventuelles. 4.° Que la fièvre jaune est donc une maladie domestique et non exotique; mais qu'elle est quelquefois importée, parce que le foyer d'infection qui la cause est transportable; que cependant alors, il faut encore des causes locales pour la développer et l'alimenter. 5.° Que ces causes locales sont : la chaleur et l'humidité de l'atmosphère, des effluves marécageuses, des émanations de matières végétales et animales en putréfaction, des excès de travail, les vives affections de l'ame, l'abus des spiritueux, les réunions nombreuses d'hommes, enfin tout ce qui trouble l'économie et lui donne une

susceptibilité morbide. 6.° Que la fièvre jaune est contagieuse, si on appelle ainsi toute maladie susceptible de se communiquer et de se répandre au loin. 7.° Mais qu'elle ne l'est pas, s'il lui faut un virus préexistant, un agent spécial indépendant des localités et des circonstances. 8.° Qu'enfin, si la fièvre jaune éclatait dans une de nos villes, la première mesure à prendre serait d'en faire sortir tous les habitans, et de détruire les causes locales qui l'auraient fait naître. Le premier besoin en effet est d'isoler le foyer d'infection, et si cet isolement s'obtient par une quarantaine quand il s'agit d'un bâtiment, il n'y a que la migration qui convienne quand il s'agit d'une ville.

Section de médecine. — *Séance du 12 février. — Ventouses et ligatures contre la morsure des serpens.* — M. Mérat communique un extrait d'un voyage du père Labat aux îles de l'Amérique, imprimé en 1742, duquel il résulte qu'il y a 134 ans on employait avec succès à la Martinique les ventouses et les ligatures contre les morsures des serpens. On commençait par lier fortement la partie 7 ou 8 travers de doigt au-dessus du lieu mordu; puis on appliquait sur la morsure une ou deux ventouses, après avoir fait préalablement à la plaie des scarifications; on revenait, s'il était nécessaire, à plusieurs reprises à l'application de ces ventouses; et quand elles étaient tombées, on pressait fortement avec les deux mains les environs de la partie blessée, comme pour en expulser le venin avec le sang.

Ventouses sur les piqûres vaccinales. — M. Bousquet rend compte d'expériences qu'il a faites dans la vue de savoir quel effet produirait l'application d'une ventouse sur une piqûre vaccinale nouvellement faite. Il rappelle que M. Barry, médecin anglais, a prouvé que par une ventouse appliquée sur une plaie, on empêche l'absorption d'un poison déposé dans cette plaie. Il rappelle que M. Itard a voulu essayer si la ventouse agissait de même sur une piqûre vaccinale, et qu'en effet, dans cet essai, le développement de la vaccine n'eut pas lieu. (Voyez *Archives*, tom. IX, pag. 131, 288, 605; tom. X, pag. 132). M. Bousquet a fait des essais sur 26 enfans: chez 7, la vaccine ne s'est manifestée à aucune des piqûres, pas plus à celles qui n'avaient pas été soumises à l'action de la ventouse qu'à celles qui y avaient été soumises. Les 19 autres, au contraire, ont présenté, sur 200 piqûres, 119 boutons de vaccine régulière; et sur ces 119 boutons, 43 s'étaient développés sous la ventouse et malgré son action. M. Bousquet ne conclut pas cependant de ces faits, que la ventouse soit sans action sur l'absorption du vaccin; il lui a paru que si elle restait 20 à 30 minutes en place, elle en retardait le développement: mais il remarque que la ventouse, n'empêchant tout au plus l'absorption que pendant le temps qu'elle est appliquée, ne peut

être qu'un moyen préparatoire, accessoire, dans la thérapeutique des plaies empoisonnées, et qu'elle nécessite toujours, après qu'elle est retirée, l'emploi d'un moyen qui enlève, détruise ou neutralise le poison, si l'on veut en prévenir l'absorption. MM. Villermé et Rochoux font deux remarques sur cette communication. Le premier dit qu'il n'y a pas parité entre une ventouse appliquée sur une piqûre vaccinale, et une ventouse appliquée sur une plaie saignante; dans ce dernier cas, la ventouse a bien plus de force. Le second veut que, dans l'appréciation des bons effets de la ventouse, on distingue ce qui est des poisons et ce qui est des virus; la dose dans laquelle les premiers ont été absorbés est une circonstance très-importante, car si cette dose est très-petite, ils n'agissent pas; la dose, au contraire, ne fait rien pour les virus, ceux-ci ayant la propriété de se reproduire, quelque petite que soit la quantité qui ait pénétré, elle suffit pour engendrer le mal.

Spécifiques et virus. — M. Vaidy, chirurgien à Lille, et correspondant de l'académie, communique verbalement plusieurs réflexions sur les spécifiques et les virus. Sous le premier rapport, il se plaint de ce qu'on ne croit plus aux spécifiques, et de ce que, par suite, on rapproche des médicamens qui ne sont nullement identiques. Selon lui, les médicamens ont tous ou presque tous des vertus spécifiques, qui tantôt leur font modifier certains appareils plutôt que certains autres, et tantôt leur font produire des modifications spéciales. Il ne s'agit que de chercher et découvrir ces vertus spécifiques; et pour cela, il faut n'essayer les remèdes qu'isolément, et ne les employer associés à d'autres que quand leurs effets sont bien connus. Comme preuve de l'action spécifique des médicamens, M. Vaidy remarque que souvent une même substance exerce une action sédative sur un appareil, et une action excitante sur un autre : il cite en exemple; la digitale, sédatif de l'appareil circulatoire, et irritant de l'appareil digestif; l'émétique, qui excite les contractions de l'estomac, et diminue l'intensité et la fréquence des contractions du cœur, et qui doit sans doute à cette dernière vertu ses propriétés antiphlogistiques. Quant aux virus, M. Vaidy les définit : toute substance qui, produite par une sécrétion morbide dans un organe souffrant, reproduit d'individu à individu par son application à un organe sain, et la matière qui la constitue, et la maladie qui l'a engendrée et qu'elle détermine. Il cite comme tels les virus syphilitique, vaccinal, variolique, etc. Mais il ne croit pas qu'aucun de ces virus puisse voyager, comme on l'a dit, d'un organe à un autre; et il croit que dans les cas qui l'ont fait supposer, il y a eu une inflammation développée accidentellement qui seulement a revêtu postérieurement le caractère du virus.

Fièvre jaune, documens de M. Chervin. — M. Gérardin demande à communiquer les faits sur lesquels il a fondé le reproche d'inexactitude qu'il a annoncé pouvoir être fait à ceux des documens de M. Chervin qui concernaient l'Amérique : il tient à honneur de prouver qu'il n'a rien avancé qu'il ne puisse justifier. (Voyez le tome présent des *Archives*, pag. 294.) Quelques membres pensent que cette communication doit être renvoyée à l'académie réunie ; que c'est d'ailleurs revenir sur une chose jugée. D'autres objectent que l'académie n'ayant conclu que sous la réserve de la vérité des faits consignés dans les documens de M. Chervin, il est loisible à chacun de prendre ceux-ci un à un, soit pour les confirmer, soit pour en montrer la fausseté. M. Gérardin obtient la parole. La Commission, dit-il, a terminé la partie de son rapport sur les documens de M. Chervin, relatifs aux médecins contagionistes de l'Amérique, par cette phrase : *que le récit des faits relatés dans ces documens est, en général, dépourvu des circonstances qui seraient nécessaires pour qu'on puisse en déduire des conséquences rigoureuses.* Or, ajoute ce médecin, il était facile à M. Chervin et à la commission de se procurer sur eux tous les détails désirables. Ainsi, les docteurs New, Currie, Munson ne sont que nommés, en quelque sorte, aux pages 14, 16 et 17 du rapport, et les faits sur lesquels ces médecins ont appuyé leur opinion de la nature contagieuse de la fièvre jaune, sont consignés avec détails ; ceux de M. New, dans les actes de la société physico-médicale de la Nouvelle Orléans ; ceux de M. Currie, dans le Journal de médecine et de physique de Philadelphie, et dans un traité *ex professo* de ce médecin, intitulé *Treatise on the synochus icterodes* ; et ceux de M. Munson dans les Transactions du collége des médecins de Philadelphie. De même le rapport ne fait que mentionner, page 18, d'après le docteur John Beck, le fait de l'importation de la fièvre jaune à Middletown dans l'état de Connecticut ; et cependant c'est un des faits les mieux observés et les plus constatés que la science possède ; M. Beck a donné sur lui les détails les plus circonstanciés ; la maladie a été évidemment importée à Middletown par des bâtimens infectés ; elle s'y est transmise d'individu à individu ; elle a atteint des personnes qui n'avaient pas visité les bâtimens, et par le fait seul de leurs rapports avec des malades ; c'est à tort que le rapport dit, *qu'il a été négligé de constater si ces personnes n'avaient pas eu quelques relations avec les bâtimens infectés* ; M. Beck dit positivement avoir pris cette précaution, et particulièrement à l'égard des malades Child, Cotton et Simmons. Ce médecin montre la fièvre jaune se développant le long de la côte à mesure qu'y arrive et qu'y stationne le bâtiment infecté, d'abord à Middletown, puis à quatre milles plus haut, à Up-

per House, puis plus haut encore à Hatford : il dit que dans une manufacture de coton située à Upper House, lieu extrêmement salubre, un seul homme, John Wild, visite les bâtimens et en rapporte la fièvre jaune, dont il périt au bout de six jours; mais que trois jeunes filles de la manufacture furent ensuite atteintes, et seulement pour avoir soigné J. Wild. La commission, dit M. Gérardin, avait judicieusement annoncé, dans le préambule de son rapport, qu'elle s'attacherait surtout aux faits de contagion, comme étant les plus capitaux de la question; et cependant en voit un des plus circonstanciés qu'elle et M. Chervin n'ont fait qu'indiquer. M. Gérardin regrette encore que la commission n'ait fait qu'énoncer, d'après M. Chervin, que le professeur David Rosack avait refusé à celui-ci les preuves qu'il a recueillies de l'importation et de la nature contagieuse de la fièvre jaune, les réservant pour un ouvrage qu'il se proposait de publier sur ce sujet; cet ouvrage, dit-il, a paru en 1824, et il était du devoir de M. Chervin, dans la grande question qu'il abordait, de le consulter et de juger les faits qui y sont rapportés. Selon M. Chervin et le rapport de la commision, il est faux que la fièvre jaune ait jamais été importée à Germanstown, ville située à six milles de Philadelphie, et remarquable par sa salubrité et la belle santé de ses habitans; M. Chervin se fonde sur des documens dus aux docteurs Çaster Belton et Bensel; et M. Gérardin leur oppose ce qu'en a publié M. Vistal, célèbre professeur en l'université de Philadelphie. La maladie, dit M. Vistal, commença à Germanstown par la fille Bitzy Johnson, qui revenait de Philadelphie, où elle avait passé cinq jours dans un quartier où régnait la fièvre jaune; la fille Johnson tomba malade 2 jours après son retour, et mourut en 4 jours. La maladie attaqua ensuite sa plus proche voisine, M.me Duy, qui l'avait souvent visitée, et qui mourut aussi en 4 jours. Elle atteignit après la femme Hubbs, qui avait visité les deux premières malades, et qui d'ailleurs n'était pas allée à Philadelphie depuis plusieurs mois. Le mari de la femme Duy fut après attaqué, et ainsi de suite, etc. N'était-il pas convenable, dit M. Gérardin, que M. Chervin et la commission présentassent les détails des documens négatifs qu'ils ont à opposer à des faits aussi positifs, et recueillis par un homme du mérite du professeur Vistal ? Enfin M. Gérardin applique ce même reproche à ce que M. Chervin et la commission ont dit (page 15 du rapport), de MM. Rogers, Forsyht, Davidson et Alexander, de la Nouvelle-Orléans, médecins, qui croient qu'en certaines circonstances la fièvre jaune est importée et se propage par contagion. Il répète que, dans l'intérêt de la vérité, M. Chervin aurait dû rapporter les faits sur lesquels repose cette opinion, faits consignés dans les Archives de la Nouvelle-Orléans, dans le *Courrier de la Louisiane*

depuis 1820, et que voici : une demoiselle, appelée Oudin, récemment arrivée de France, est atteinte de la fièvre jaune et meurt; la fille de son hôtesse, madame Vignaud, pour ne pas être témoin de la mort de cette jeune demoiselle, se retire à deux lieues de la ville, dans la pension de M. Lafont, qui jusques-là n'avait aucuns malades : comme mademoiselle Vigniaud était créole, on ne craignit pas de communiquer avec elle, et bientôt deux nièces de la maîtresse de pension avec lesquelles elle avait couché sont atteintes. M. Davidson alors se hâte de disperser les élèves; un seul, Jean Rouss, reste faute de refuge, et est atteint; tous les autres sont préservés. Dans la partie du faubourg de la Nouvelle-Orléans, qui porte le nom *de la Pointe des religieuses*, partie qui est plus élevée que la ville, à une grande distance de toute cyprière ou eau stagnante, et qui réunit toutes les conditions possibles de salubrité, était une pension destinée à recevoir des malades; un individu atteint de la fièvre jaune y est apporté, et y meurt; bientôt d'autres malades y sont atteints : un habitant d'une maison voisine vient visiter la pension et y puise la fièvre jaune; il la rapporte dans sa maison, où elle atteint sa femme, la garde qui la soigne, et plusieurs autres personnes. En somme, d'après ces faits et plusieurs autres analogues communiqués par Forsyht, il est établi que trois ou quatre malades introduits en différens logis où n'existait évidemment aucune cause locale d'infection, ont répandu la contagion parmi trente individus environ, sur lesquels dix-huit ont péri. Cette communication de M. Gérardin provoque quelques explications de MM. Coutanceau et Renauldin, membres de la commission Chervin. M. Coutanceau répète que cette commission a cru devoir se renfermer dans les documens fournis par M. Chervin, et ne pas faire d'excursion dans les ouvrages publiés en si grand nombre sur la fièvre jaune. M. Renauldin assure que les documens de M. Chervin étaient revêtus de toutes les légalisations propres à en prouver l'authenticité. M. Gérardin réplique que ces remarques ne portent que sur des faits relatifs aux documens de M. Chervin, et que lui-même n'a fait aucune excursion dans les autres ouvrages publiés sur la matière.

Séance du 26 février. — Métastase humorale. — M. Rochoux communique quelques faits qu'il croit favorables à l'opinion des métastases, et qu'il doit à M. Ribes. Celui ci a vu souvent des invalides porteurs de vieux ulcères être atteints, consécutivement au dessèchement subit de ces ulcères, d'une péripneumonie mortelle; les symptômes de cette péripneumonie n'apparaissaient que quelque temps après que la suppuration de l'ulcère avait cessé, et le poumon, examiné après la mort, offrait une altération toute autre que celle qu'il présente dans les péripneumonies ordinaires; au lieu d'être

hépatisé, il était tout infiltré de pus, et comme si ce pus y avait été apporté d'ailleurs. MM. Honoré et Moreau citent deux faits qui conduisent, selon eux, à la même opinion. M. Honoré a trouvé dans le poumon d'une femme morte de métrite puerpérale, plus de 150 petits foyers purulens; autour de ces foyers le tissu du poumon était sain; pendant sa maladie, la femme n'avait offert aucun symptôme de pneumonie, de sorte que tout portait à croire que le pus avait été transporté tout fait de quelque autre partie dans le poumon. M. Moreau a vu un homme au 6.e jour d'une amputation de la jambe, être pris tout-à-coup de délire et mourir; et à l'ouverture du cadavre, on trouva sous l'omoplate une collection purulente, sans signes d'inflammation dans les parties circonvoisines, de sorte que le pus paraissait avoir été apporté d'ailleurs dans le foyer. — M. Bricheteau pense que de tels faits ne sont pas convaincans, des collections de pus pouvant se faire en peu d'heures et sans être annoncées par aucuns symptômes. — M. Louyer-Villermay établit que, dans les cas de ce genre, il est souvent fort difficile de décider s'il y a eu vraiment métastase humorale, ou simplement substitution, succession d'inflammation; il a vu un enfant chez lequel survint à la période de desquammation d'une variole confluente, un abcès sous le sein droit; les apparences de cet abcès s'étant tout-à-coup dissipées, du délire et tous les symptômes d'une encéphalite apparurent; mais de la pierre à cautère appliquée sur le siége de l'abcès y rappela le mal, et l'enfant fut sauvé; tout semblait ici, dit M. Villermay, annoncer une métastase, et cependant de toute certitude le pus n'était pas encore formé, quand l'encéphalite paraissait vouloir succéder à l'abcès.

Métastase laiteuse. — Lettre de M. Charmeil, de Metz, pour répéter qu'il n'a pas été trompé dans le cas de métastase laiteuse qu'on a cité de lui dans une des séances précédentes de la section; c'est l'habile chimiste, M. Sérullas, qui a fait l'analyse de l'urine dans laquelle le lait a été trouvé. Les auteurs d'ailleurs sont pleins d'observations analogues; et il est d'autant moins possible de mettre aujourd'hui en doute de pareils faits, qu'on a acquis sur l'absorption des connaissances plus étendues, et qu'on sait que les vaisseaux lymphatiques ne sont pas les seuls agens de cette fonction. M. Charmeil termine sa lettre en annonçant l'envoi prochain d'un travail sur la comparaison de tous les traitemens proposés contre la syphilis, travail qui est le résultat de plus de dix-huit cents observations.

Taches de sang; médecine-légale. — M. le secrétaire, au nom du conseil d'administration, donne lecture de deux lettres de M. Raspail. Dans l'une, M. Raspail demande que le mémoire médico-légal

qu'il a envoyé à l'Académie, et qui a été lu à la section dans une de ses séances précédentes (*voyez Archives*, présent tome, pag. 299, 301), soit retiré des mains de la section, et renvoyé à l'examen de l'Académie entière. Le conseil n'avait pu faire droit à cette demande, parce qu'elle est contraire au réglement de l'Académie, et qu'elle était un manque de convenances envers la section. Dans sa seconde lettre, M. Raspail annonce qu'il retire son mémoire sous le triple motif; que ce n'est pas lui qui a demandé qu'il soit l'objet d'un rapport; que la section a refusé d'entendre la lecture du second mémoire qu'il a envoyé comme suite au premier; et qu'enfin il croit entrevoir que la commission chargée du rapport méconnaît l'objet qu'il avait en vue, et paraît vouloir lui en substituer un autre. Dans cette lettre, M. Raspail récuse spécialement parmi les commissaires M. Adelon. — M. Adelon demande et obtient la parole pour donner des renseignemens : la commission s'est déjà réunie plusieurs fois; elle a invité M. Raspail à se réunir à elle; une première fois, par mal entendu, M. Raspail ne s'y est pas trouvé; deux autres fois il a assisté aux opérations de la commission, et il avait accepté une troisième réunion pour le jour même où il a envoyé sa récusation à l'Académie. Du reste, la commission n'avait encore fait que des expériences; elle n'avait encore rien fait connaître de ses opinions, de son jugement, et n'avait pas même encore nommé son rapporteur, récusé spécialement par M. Raspail; M. Adelon en appelle pour sa justification au témoignage des autres membres de la commission. La section passe à l'ordre du jour sur ces lettres, après avoir arrêté que ces détails seront consignés au procès-verbal.

Concours. — M. Lucas lit un rapport sur une note de M. Cazenave, de Cadillac, relative aux concours. M. Cazenave rappelle tous les inconvéniens du concours oral et par argumentation, surtout quand celui-ci a lieu en langue morte; et il exprime le vœu pour qu'on substitue à ce mode de concours le concours par écrit, tel qu'il est pratiqué pour les prix d'Académie.

Fièvres intermittentes : épidémie au Pont de Navoy, département du Jura; Mémoire de M. Fumey, médecin à Bligny; rapport de M. Honoré. — Les causes de la maladie ont été, d'une part, l'humidité du pays situé dans une vallée étroite, parcourue par la rivière d'Ain, et entourée de montagnes; et d'autre part, la misère des habitans qui est telle, que sur une population de 72 habitans, 55 ont été secourus à titre d'indigens. Chez les femmes, les jeunes gens et les vieillards, la fièvre affecta le caractère d'une quotidienne muqueuse; chez les adultes, elle eut le type tierce ou double-tierce. Les apyrexies étaient marquées par une adynamie telle, que les malades ne pouvaient quitter le lit sans tomber en défaillance. Abandonnée à elle-

copes, en arrêtant l'hémorrhagie, est, en quelque sorte, un retard que la nature apporte elle-même à l'extinction définitive de la vie. Il croit que si beaucoup de ces hémorrhagies n'ont été mortelles, c'est qu'ayant jugé définitive la syncope dans laquelle elles avaient jetté les malades, on a négligé tous les secours. Il soupçonne que sous ce rapport, on a peut-être à déplorer plusieurs inhumations précipitées. Enfin il termine en recommandant, comme moyens propres à rappeler la vie dans ces cas désespérés : 1.° l'acupuncture, ou mieux l'électropuncture du cœur ; 2.° la transfusion d'un sang nouveau dans les veines superficielles de la personne qui est en syncope ; deux anglais, MM. Waller et Double Day, ont rapporté deux cas où ce dernier moyen a réussi ; dans l'un et l'autre cas, la syncope reconnaissait pour cause une hémorrhagie utérine à la suite de l'accouchement ; du sang des maris fut transfusé dans les veines des deux femmes, à l'une dans la quantité de 4 onces, à l'autre dans celle de 14 onces, et toutes deux furent rappelées à la vie.

Section de chirurgie. — *Séance du* 14 *février*. — *Taille sus-pubienne.* — Lettre de M. Souberbielle, qui annonce qu'il vient de pratiquer avec succès la taille sus-pubienne chez un vieillard de 80 ans, et qui envoye le dessin d'un syphon composé de deux sondes de gomme élastique qu'il place dans l'urètre pour prévenir les infiltrations d'urine par la plaie. A cette occasion, M. Roux annonce qu'il a pratiqué le jour même une opération de ce genre, et que le malade n'a éprouvé aucun accident. M. Amussat invite alors ce chirurgien à vérifier la justesse du reproche qu'il fait à cette méthode de tailler, le passage de l'urine à travers la plaie de l'hypogastre. M. Ribes assure que sur huit malades qu'il a vus opérer de cette manière par M. Souberbielle, un seul a présenté cet accident. M. Amussat réplique que sur un même nombre de malades opérés par M. Souberbielle, il l'a vu huit fois. M. Larrey pense que dans tous les cas le passage de l'urine à travers la plaie est sans inconvénient, la nature établissant aux bords de la plaie des adhérences qui préviennent l'infiltration de l'urine dans les graisses du bassin. M. Amussat répète que le passage de l'urine à travers la plaie de l'hypogastre, dans cette méthode de tailler, est pour lui un fait constant ; il a vu même plusieurs fois l'urine s'infiltrer dans le tissu cellulaire du bassin jusque vers l'intestin rectum. Selon lui, la présence d'une sonde dans l'urètre ne suffit pas pour prévenir l'écoulement de l'urine par la plaie, parce que la vessie étant ouverte n'agit plus sur l'urine à la manière d'une poche qui se resserre ; la vessie restant sans action sur l'urine, ce liquide, à mesure qu'il arrive, doit s'écouler par l'endroit qui lui offre le moins de résistance : or, cet endroit est la plaie, d'autant plus qu'alors la vessie, poussée par les organes abdominaux, est rapprochée du pubis,

et gêne le passage de l'urine à travers la sonde. C'était pour prévenir ce passage de l'urine à travers la plaie de l'hypogastre, que frère Côme faisait une plaie au périnée, et que Deschamps et Fleurant en faisaient une au rectum.

Maladies de l'utérus. — M. le docteur Lair met sous les yeux de la section deux utérus malades. Dans l'un, la cavité du corps est séparée de celle du col par une fausse membrane; la cavité du corps contenait quatre gros de sang pur; celle du col avait deux à trois fois plus d'ampleur que dans l'état naturel, et contenait six gros environ de sérosité sanguinolente. Dans l'autre utérus, la membrane muqueuse du museau de tanche offrait trois ou quatre ulcérations très-peu profondes : ces ulcérations occupaient, au moment de la mort, le centre de taches d'un rouge très-vif.

Le reste de la séance est consacré à discuter, en comité secret, les mémoires envoyés au concours pour les prix.

Séance publique solennelle, le 28 février 1828. — Quatre lectures ont été faites à cette séance, une des plus dignes dont ait à s'honorer l'académie; le compte rendu des travaux de la section de chirurgie pendant les années 1825 et 1826, par M. le professeur Roux, secrétaire de la section; le rapport sur les prix, par M. Murat; un mémoire sur la rhinoplastique, par M. Lisfranc, et l'éloge de Percy, par M. le secrétaire perpétuel Pariset.

Compte rendu des travaux de la section pendant les années 1825 *et* 1826, *par M. Roux.* — Après avoir, dans un exorde, déploré les pertes qu'a faites la section de chirurgie par la mort de Deschamps, de Percy, d'Aumont, de Béclard, de Cullerier; après avoir rendu hommage aux travaux de l'ancienne académie de chirurgie, et mentionné les grands et utiles développemens qu'a pris de notre temps la chirurgie en Angleterre, en Allemagne et en France, M. Roux a passé en revue, et en y ajoutant des réflexions et des considérations d'un grand intérêt, chacun des objets qui dans les années 1825 et 1826 ont occupé la section de chirurgie de l'académie. Ces objets, ayant été présentés à nos lecteurs dans chacun de nos articles mensuels, nous ne les reproduirons pas ici; mais nous en offrirons un tableau abrégé, cette courte revue étant des plus propres à faire ressortir, et les progrès de la chirurgie dans ces dernières années, et la part qu'ont eue à ces progrès la section de chirurgie de l'académie et les chirurgiens de France. Deux faits de gangrène spontanée, fournis à la section par M. Baffos, ont confirmé l'opinion universellement admise aujourd'hui, que toute gangrène de ce nom reconnaît pour cause une lésion du système circulatoire, qui empêche le sang d'arriver dans la partie où éclate la gangrène. M. Roux a vu une fois cet accident survenir à la suite de l'inflammation de l'artère du membre. M. Ferrus a commu-

niqué à la section un cas dans lequel la vie a persisté dix-sept jours après une blessure du cœur. L'instrument vulnérant, qui était une lime, était resté dans la plaie, et ne fut retiré du tissu du cœur qu'après la mort. M. Campaignac, élève distingué des hôpitaux de Paris, dans un travail sur les plaies de la vésicule biliaire, a proposé de pratiquer la ligature de ce réservoir dans les cas où il y aurait à craindre un épanchement de bile dans l'abdomen. M. Lembert, autre élève des hôpitaux, et M. Denans, de Marseille, ont présenté des Mémoires sur l'entéroraphie pratiquée d'après le procédé de M. Jobert, c'est-à-dire de manière à ce que les bouts de l'intestin divisé soient rapprochés par leur surface séreuse. Deux observations ont prouvé la réalité des fractures incomplètes sur des os longs; dans l'une due à M. Campaignac, la fracture siégeait au péroné; dans l'autre, due à un chirurgien de Clermont-Ferrand, elle siégeait au tibia. M. Hervey a communiqué des faits qui prouvent que les fractures du col du fémur, quoi qu'on en ait dit, sont susceptibles de se consolider; ce chirurgien a appelé l'attention sur un genre particulier de fracture de cette partie, consistant en un véritable enfoncement du col du fémur dans la substance spongieuse du grand trochanter. M. Larrey a proposé un nouveau mode de traitement pour les fractures comminutives des membres, et particulièrement pour celles de la jambe. Il veut que le membre soit renfermé dès le premier jour, et maintenu pendant tout le temps nécessaire à la consolidation dans un appareil impénétrable, dans une espèce de bandage de Scultet; ce bandage est arrosé d'un mélange d'eau végéto-minérale, de blanc d'œuf et d'alun; et ce mélange, en se desséchant, transforme tout l'appareil en une sorte de cuirasse qu'on ne brise que lorsque la guérison est accomplie. M. Larrey a mis sous les yeux de la section plusieurs malades qu'il a guéris par cette méthode, ainsi que les débris des appareils dans lesquels les membres fracturés avaient été renfermés. De nombreux cas d'anévrysmes des artères ont été communiqués à la section par MM. Larrey et Roux. Parmi les cas de M. Larrey, deux sont uniques dans les fastes de l'art; savoir, un de varice anévrysmale de la veine jugulaire interne communiquant avec l'artère carotide primitive, un autre de varice anévrysmale de la veine iliaque externe communiquant avec l'artère de ce nom. Ce chirurgien oppose avec succès à ce genre de maladie la méthode de Valsalva, à laquelle il associe l'emploi de topiques réfrigérans et l'application réitérée de moxas. Tous les anévrysmes observés par M. Roux étaient des anévrysmes spontanés, et il les a opérés avec succès par la méthode de Hunter; une fois seulement, il a opéré par l'ouverture du sac; le mal était à l'artère crurale, et à un lieu trop élevé pour qu'il fût possible d'établir au-dessus du point malade les ligatures nécessaires. M. Roux a

déjà pratiqué trente-trois fois la ligature des grosses artères du corps, la crurale, la brachiale, l'axillaire; il comprend le vaisseau entre deux ligatures applaties, placées tout près l'une de l'autre, et qu'il noue sur un cylindre de sparadrap roulé sur lui-même; et il n'a vu survenir, qu'une fois le sphacèle du membre, et que quatre fois des hémorrhagies consécutives. M. Devergie l'aîné a communiqué encore un cas d'anévrysme de l'artère brachio-céphalique. M Murat a trouvé dans la vessie d'un vieillard dont il ouvrait le cadavre six cent soixante-dix-huit calculs. M. Roux en a retiré par l'opération de la taille cent quatre-vingt-treize chez un homme qui avait été déjà taillé une fois. M. Boulu a présenté plusieurs cas intéressans de calculs engagés dans l'urètre; quelquefois M. Aumont est parvenu à en opérer l'extraction en dilatant la portion du canal qui est en avant du calcul à l'aide d'une sonde de gomme élastique; dans d'autres cas rapportés par MM. Murat et Roux, il a fallu en venir à une incision au périnée; enfin M. Amussat a inventé un instrument qui a pour but de dilater le canal de l'urètre et d'y aller saisir le calcul. Ce même M. Amussat, auquel on doit l'heureuse idée de substituer dans le cathétérisme les sondes droites aux algalies courbes, a inventé un autre instrument qu'il appelle *urétrotome*, et qu'il emploie à inciser les brides urétrales dans les rétrécissemens de l'urètre; il propose de substituer dans le traitement de ces maladies l'incision à l'aide de l'urétrotome, ou les injections forcées, à la méthode de la cautérisation si usitée depuis qu'elle a été renouvelée par Ducamp. M. Robinet, à Paris, et M. Thibaut, ont presque en même temps proposé un appareil à l'aide duquel on pourrait porter dans la vessie des menstrues assez actifs pour dissoudre des calculs, tout en préservant l'organe de l'action de ces menstrues. L'idée de cet appareil avait été déjà présentée par M. Seigneur-gens, médecin à Amiens; mais aucune suite n'a encore été donnée à ces essais. L'opération de la taille a fourni matière à beaucoup de travaux. Les inventions de MM. Civiale, Leroy d'Étioles et Heurteloup, touchant la lithotritie, ont été communiquées à la section; et cette compagnie attend en silence que des faits plus nombreux aient justifié toutes les espérances que promet ce nouveau mode de traitement de la pierre. M. Leroy d'Étiolles a inventé un instrument qu'il appelle *lithomètre*, dans la vue de faire apprécier le volume et la forme des calculs. Deux cas de pierres enkystées, enchatonnées, ont été communiqués par M. Larrey, et ni l'un ni l'autre n'exigèrent de procédés particuliers pour leur extraction; dans un autre cas, au contraire, M. J. Cloquet fut obligé d'aller inciser dans la vessie elle-même le kyste qui enchâtonnait le calcul, imitant en cela la conduite qu'avait tenue dans un cas pareil Desault. M. Souberbielle a communiqué plusieurs cas d'opérations de taille suspu-

bienne pratiquées par lui ; dans les premiers temps de sa pratique, il suivait les règles tracées par le frère Côme ; il faisait une incision au périnée et au col de la vessie avant d'ouvrir le corps de cet organe au-dessus du pubis ; mais il est revenu depuis à la pratique des chirurgiens antérieurs au frère Côme, et qui consiste à remplacer l'incision au périnée par l'emploi d'une sonde qu'on laisse à demeure dans la vessie. Déjà M. Maingault, dans un mémoire à la section, avait cherché à ramener à cette pratique. M. Pinel-Granchamp a proposé de faire la suture de la plaie de la vessie, afin de prévenir l'écoulement de l'urine par cette plaie, écoulement qui est un des principaux reproches faits à la taille hypogastrique ; mais ce jeune chirurgien ne s'appuie que sur des succès obtenus dans des expériences sur des animaux vivans. MM. Guillon et Rique ont inventé de nouveaux *speculum uteri*, qui, composés de plusieurs pièces mobiles, ont l'avantage d'être en même temps des dilatateurs du vagin. Le premier de ces chirurgiens a aussi inventé une espèce d'airigne destinée à aller saisir l'utérus et à l'amener doucement le plus près possible de la vulve, quand il y a nécessité de faire l'ablation du col de cet organe. Un mémoire de M. Hervey a prouvé que les polypes fibreux de l'utérus développés sous la membrane muqueuse de cet organe, ne sont pas les seuls qui soient susceptibles d'être pédiculés ; les polypes qui sont développés dans le tissu de l'utérus le sont quelquefois eux-mêmes ; alors peut-être y aurait-il plus d'avantage à inciser ces polypes qu'à les lier ; ou si on recourt à la ligature, il faut ne l'appliquer que quand le polype, ayant franchi l'orifice de l'utérus, est libre dans le vagin, et ne la faire qu'avec des fils de soie mince et qu'on serre fort peu. Plusieurs opérations pratiquées par M. Lisfranc ont prouvé qu'on pouvait, en certains cas, exciser avec succès le col de l'utérus ; et l'un de ces cas a offert cette circonstance remarquable, que la femme opérée peu de temps après est devenue enceinte, et a eu un heureux accouchement. Plusieurs cas de résections d'os ont aussi été recueillis par la section ; une résection d'une grande partie de l'omoplate, par M. Janson, de Lyon ; celle de l'os métacarpien du pouce, par M. Blandin ; celle de la moitié gauche de l'os maxillaire inférieur, par M. Gensoul, de Lyon. Cette dernière opération a offert deux circonstances remarquables ; d'une part, l'instrument a été porté jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire, le condyle a été emporté ; d'autre part, le chirurgien avait préalablement lié l'artère carotide primitive du côté gauche, comme l'avait fait Béclard pour un cas d'extirpation de la glande parotide. M. Roux a mentionné aussi l'opération de rhinoplastique faite avec succès par M. Lisfranc, opération pratiquée en Allemagne par Græffe, en Angleterre par Carpue et Liston, et que, dans notre France, M. Delpech, de Montpellier,

a déjà exécutée treize fois. Enfin, il a terminé par quelques considérations sur la staphyloraphie; il a maintenant pratiqué quarante fois cette opération. Dans dix-neuf cas, il n'y avait que division du voile du palais, et treize malades ont été guéris. Dans les vingt-un autres cas, il y avait à-la fois division du voile du palais et division de la voûte palatine, et neuf des malades ont été complètement guéris, les neuf autres ont vu leur situation considérablement améliorée, et tous ont été amenés à pouvoir user d'un obturateur. M. Roux est parvenu à rendre la staphyloraphie applicable à la division de la voûte palatine, en pratiquant une section transversale au voile du palais au-dessous du rebord postérieur de la voûte palatine. Rappelant le reproche qui lui a été fait d'avoir négligé de nommer le chirurgien étranger auquel il aurait emprunté l'idée de l'opération de la staphyloraphie, il avoue que M. Græffe, de Berlin, avait conçu cette opération deux années avant lui; mais il ajoute qu'il ignorait la découverte du chirurgien de Berlin au moment où il a fait ses premiers essais. Le défaut d'espace et le caractère habituel de notre *Bulletin* nous ont contraint à ne faire connaître du compte rendu de la section que les faits qui y sont mentionnés; mais une nombreuse assemblée a fréquemment applaudi à la sage critique, à l'amour de la vérité et au sentiment des convenances qui distinguaient partout le travail de M. Roux.

Rapports sur les prix, par M. Murat. — La question à traiter était la suivante : *Déterminer par l'observation, l'expérience et le raisonnement, quelle est la méthode préférable dans le traitement des plaies pénétrantes de la poitrine.* Huit mémoires ont été envoyés. Avant de les faire connaître, M. Murat rappelle tous les points qui ont successivement été controversés dans le traitement des plaies de poitrine. Quelques anciens prescrivaient de fermer ces plaies, et même de les coudre, *si besoin est.* D'autres, en plus grand nombre, ont permis de les tenir ouvertes, et même d'en augmenter les dimensions. Pendant long-temps on eut recours *à la succion* ou *pansement du secret*; et dans chaque duel il y avait un suçeur de profession. On ne se borna pas là; on ordonna de sonder ces plaies; on doubla la longueur des sondes ordinaires, afin de pouvoir pénétrer jusques aux points les plus profonds; on y introduisit et on y maintint des canules, des syphons, des tentes, des mèches; on y fit des injections dans le double but de prévenir leur occlusion, et de faciliter l'écoulement des liquides épanchés dans la poitrine. La chirurgie moderne blâme toutes ces pratiques, et conseille au contraire la réunion immédiate des plaies pénétrantes de la poitrine. Elle veut que, dans les cas où une plaie pénétrante de la poitrine est accompagnée de lésion du poumon et d'hémorrhagie, d'épanchement de sang

dans le thorax, on recoure à la réunion. Le sang épanché, en se coagulant, concourt lui même à arrêter l'hémorrhagie, tandis qu'en tenant la plaie ouverte, en la suçant, y faisant des injections, on entretient l'écoulement du sang. Si la quantité de sang épanché est peu considérable, elle est résorbée : si elle est abondante, le sang peut sans doute s'altérer, agir comme corps étranger, empêcher la dilatation du poumon de ce côté ; mais l'autre poumon y supplée, et quand tous les signes de l'hémorrhagie intérieure ont disparu, on peut rouvrir la plaie pour donner issue au sang ou pratiquer l'empyème au lieu d'élection. M. Murat invoque à l'appui de ces préceptes, l'autorité de Valentin, et surtout celle de M. Larrey. Il fait ensuite l'analyse de chacun des huit mémoires envoyés au concours, et termine en annonçant que l'Académie accorde, 1.° une médaille en or, de la valeur de 600 fr., à l'auteur du mémoire qui porte l'épigraphe suivante : *Dans la plupart des sciences, les idées les plus simples sont souvent les dernières qui se présentent aux hommes et celles qu'ils adoptent les dernières.* (Valentin.) 2.° Une médaille en argent du prix de 400 fr., à l'auteur du mémoire dont l'épigraphe est : *Haud equidem tali me dignor honore naturæ in sanandis vulneribus immedibilis est potentia.* M. le président brise aussitôt les enveloppes qui contiennent les noms des auteurs de ces deux mémoires, et proclame, comme auteur du premier, M. Briot, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Besançon ; et comme auteur du second, M. Priou, chirurgien-major des pompiers de la ville de Nantes. — M. Moreau, secrétaire de la section, annonce aussitôt pour sujets de prix qui seront décernés par la section en 1829 et en 1830, les deux questions suivantes : pour 1829, *Déterminer par l'observation, des expériences et le raisonnement, le meilleur traitement pour les plaies des articulations* : et pour 1830, *lorsque la présence d'un ou plusieurs calculs dans la vessie exige les secours de la chirurgie, déterminer, d'après des observations, des expériences authentiques, et d'après le raisonnement, quelle est, suivant les cas, l'opération préférable.* Les mémoires devront être envoyés à l'Académie avant les premiers juillet 1829 et 1830.

Mémoire sur la rhinoplastique, par M. Lisfranc, et *Eloge de Percy*, par M. Pariset. — Nous ne dirons rien du mémoire de M. Lisfranc, parce que l'observation à laquelle il a trait a ci-après un article séparé dans les *Archives* ; quant à l'éloge de M. Percy, il n'est pas susceptible d'analyse, et nous nous bornerons à dire que M. Pariset s'y est surpassé, et a ajouté, s'il est possible, à la grande réputation dont il jouit comme écrivain.

SECTION DE PHARMACIE. — *Séance du 9 février.* — M. Soubeiran annonce qu'il a vu, conformément à ce qu'a dit M. Caventou, et

contrairement à ce qu'a dit M. Chevallier, l'albumine de l'œuf bleuir par l'acide hydrochlorique du commerce. — M. Chevallier persiste à dire que dans ses expériences l'albumine est restée blanche, et il en met des échantillons sous les yeux de la section. — M. Laugier répète aussi que de l'albumine précipitée par l'alcohol lui a paru prendre par cet acide, non une couleur bleue, mais une nuance rose. — M. Caventou affirme que la coloration de l'albumine en bleu par l'acide hydrochlorique, est un phénomène qu'il a constaté dans une foule d'expériences; la couleur bleue persiste pendant des mois, et même se fonce davantage avec le temps. Si on sature l'acide par un alcali, l'albumine se précipite blanche et caillebotée; mais par l'addition d'une nouvelle quantité d'acide on lui rend la couleur bleue. — Une commission répétera les expériences de M. Caventou, pour chercher à découvrir les causes de toutes ces dissidences. (*Voyez* le présent volume des *Archives*, pag. 114 et 307.)

Acide citrique. — M. Tilloy, de Dijon, envoie de l'acide citrique en beaux crystaux, extrait des groseilles. Ces crystaux ont été obtenus par l'évaporation à l'étuve, à une température de 15 à 18 degrés. Ils sont fort secs. M. Planche remarque que l'acide citrique anglais s'humecte moins à l'air que celui qui retient un peu de citrate de chaux. D'autres membres remarquent aussi que les pastilles faites avec l'acide citrique pur et le sucre, tendent toujours à s'humecter à l'air.

Baume de Copahu. Rapport par M. Soubeiran, sur le procédé qu'a présenté M. Mialhe, pour solidifier le baume de Copahu, au moyen d'un 17.e de son poids de magnésie calcinée, afin de lui donner une consistance pilulaire pour son emploi en médecine. La section décide que l'expérience sera répétée, et ajourne jusques là l'adoption du rapport. — M. Bonastre assure que la combinaison de la soude avec le baume de Copahu solidifie aussi ce dernier. — M. Robiquet remarque que, dans ces préparations, ce médicament perd une grande partie de son odeur.

Iodures. Rapport de M. Soubeiran, sur un mémoire de M. Berthemot, relatif à l'action des oxydes et carbonates alcalins sur les iodures de mercure, de potassium, et sur les oxydes mercuriels. M. Berthemot veut prouver qu'on peut obtenir des iodures doubles autrement que par la voie directe; il fait voir les carbonates et les oxydes décomposant une portion d'iodure mercuriel, pour former un iodure alcalin, lequel se sature à son tour du deuto-iodure de mercure. Par une action inverse, les oxydes de mercure peuvent décomposer les iodures alcalins pour constituer des iodo-hydrargyrates. M. Berthemot, dont le travail fait suite à celui de M. Polydore Boullay, sur les iodures doubles, diffère de ce dernier au sujet

des bi-iodo-hydrargyrates de potassium ; bien qu'on les fasse bouillir dans de l'eau et du fer, et qu'on traite ensuite par l'hydrogène sulfuré, ces combinaisons retiendraient du mercure, selon M. Berthemot ; et M. Boullay dit le contraire. Les commissaires partagent l'avis de ce dernier.

Morphine. Mémoire de MM. Henry fils et Plisson, sur un nouveau moyen d'extraire sans alcohol la morphine de l'opium. On prend 500 grammes d'opium brut du commerce, on le divise menu, et on le fait chauffer dans de l'eau aiguisée d'acide hydrochlorique. — On précipite ensuite la morphine de l'hydrochlorate par l'ammoniaque et la soude. On a ainsi 25 à 26 grammes de morphine jaunâtre qu'il est facile de purifier. Les auteurs de ce procédé rappellent que le sulfate et l'hydrochlorate de morphine sont des sels de proportions plus constantes que l'acétate, et qui conséquemment devraient être préférés pour l'emploi médicinal. — M. Pelletier remarque que la solution aqueuse d'opium elle-même précipite par l'ammoniaque une morphine brune et impure ; qu'avec les acides, on en obtient sans doute beaucoup plus, mais que la quantité indiquée par MM. Henry et Plisson ne représente pas encore toute celle que contiennent les opiums du commerce, puisque par l'alcohol on en obtient 36 à 40 grammes pour 500 grammes d'opium, 10 à 12 gros par jour. Il croit donc que l'économie de l'alcohol est ici peu réelle. M. Robiquet ajoute que par le procédé ordinaire on obtient plus aisément la morphine crystallisée. — M. Derosne vante surtout le procédé de Hottot, qui procure, avec peu de dépense d'alcohol, une morphine très-blanche après plusieurs précipitations préliminaires.

Séance du 23 février. — *Eaux d'Antiveille*. (Basses-Pyrénées.) — Lettre de M. Pomier, pharmacien à Salie, qui annonce un travail sur les eaux d'Antiveille : ces eaux, qui passent pour sulfureuses, ne le seraient pas ; elles contiendraient du chlorure de sodium et de magnésium, du sulfate de soude, et une substance blanche, grenue, légère, ayant une saveur sucrée lorsqu'elle est dissoute dans l'eau, et que M. Pomier croit être de la glucine avec de l'albumine. Ce serait la première fois qu'on aurait trouvé de la glucine dans une eau minérale M. Pomier parle aussi dans sa lettre de l'odeur de tabac que prennent les fleurs d'arnica en noircissant et se séchant, et il pense que les feuilles d'arnica pourraient être préparées en tabac, et qu'on pourrait les fumer.

Morphine. — M. Pelletier revient sur le procédé de M. Hottot, relatif à l'extraction de la morphine ; il lui trouve l'inconvénient de précipiter les matières colorantes, et de rendre plus difficile la purification de la morphine.

Baume de Copahu. — M. Soubeiran présente la combinaison du

baume de Copahu avec la magnésie calcinée, selon le procédé de M. Mialhe ; après quinze jours, cette préparation a déjà une consistance assez solide et presque pilulaire.

Racine d'asaret. — M. Soubeiran donne lecture d'une note de M. Regimbeau, pharmacien à Montpellier, qui a analysé la racine *d'asarum europeeum*, ou *cabaret*. Dans cette racine, qui est vomitive, et qu'on employait comme telle avant l'ipécacuanha, M. Regimbeau dit avoir trouvé un nouveau principe immédiat qu'il appelle *asarine*, analogue, soit à la violine, soit à l'émétine, et combiné dans la racine avec l'acide gallique. Il fait d'abord un extrait alcoholique avec la racine sèche; il traite ensuite cet extrait par l'eau, et précipite de la solution aqueuse l'asarine par le sous carbonate de magnésie. Déjà MM. Lassaigne et Feneulle avaient signalé dans cette plante un principe semblable à celui que leur avaient fourni les semences du *cytisus laburnum*, et qu'ils ont appelé *cytisine*. M. Henri père rappelle que pendant la révolution on avait substitué, dans les hôpitaux, la racine d'asaret à l'ipécacuanha ; M. Bosquillon la portait à la dose d'un gros, mais elle n'agissait pas toujours. M. Robiquet dit que certains droguistes ont vendu, sous le nom d'ipécacuanha anglais, de la racine d'asaret pulvérisée. M. Pelletier désire, qu'avant d'admettre le nouveau principe immédiat, on en demande à M. Regimbeau pour l'examiner. M. Caventou exprime le même vœu, d'autant plus qu'il a vainement cherché l'émétine dans des tithymales et autres végétaux indigènes. M. Robiquet signale la grande difficulté qu'il y a à obtenir l'émétine pure. M. Pelletier dit qu'il en retire 24 à 30 grains par livre d'ipécacuanha ; à la vérité, elle est encore un peu colorée.

Produit résineux du palmier à cire. — M. Bonastre communique ses expériences sur le produit résineux du palmier à cire, *ceroxylon andicola*, (Bompland et Humboldt) et sur sa matière crystalline. Cette substance, qui exsude du tronc et des feuilles de ce palmier du Pérou, se nomme *cera de palma*, et a déjà été examinée par MM. Vauquelin et Boussingault. Elle est blanchâtre, poreuse, friable, presque sans odeur; si on la chauffe cependant, elle exhale une vapeur résineuse. Mêlée à de la cire d'abeille, on en fait des bougies. Sans saveur à l'état naturel, elle a un goût amer dissoute dans l'alcohol, et contient un extractif amer que l'eau peut lui enlever. L'alcohol bouillant en dissout plus que l'alcohol froid, et en se refroidissant, il devient blanchâtre, opaque, et forme une gelée résineuse : après un ou deux mois, il s'y est déposé des crystaux en ramifications avec des ganglions globulaires et des rayons fibreux. Ces crystaux, devenus secs à l'air et d'un blanc opaque, donnent des étincelles assez vives, lorsqu'on les triture pendant l'obscurité dans un mortier de porcelaine. M. Bonastre appelle cette sous-résine *ceroxyline*.

M. Caventou annonce que M. Paretti, professeur de chimie à Rome, a trouvé, dans la racine d'if, une matière analogue au rhabarbarin.

VARIÉTÉS.

Rapport à l'Académie royale des Sciences, sur un Mémoire traitant de la Rhinoplastie, de M. le professeur LISFRANC, *chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié; par une commission composée de MM.* BOYER, DUMÉRIL *et* GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, *rapporteur.*

Les membres de l'Académie royale des Sciences, étrangers en plus grande partie aux recherches purement chirurgicales, ne se défendent pas toujours également d'une extrême susceptibilité, quand ils entendent le récit d'opérations faites sur le vivant. C'est ce qui fut remarqué quand M. Lisfranc commença ici la lecture de son *Mémoire sur la Rhinoplastie.* Comme à toute opération de chirurgie, il faut l'emploi de ses moyens, chacun songeait, à part soi, qu'il allait connaître quelques circonstances d'un récit pénible à entendre; une vague préoccupation s'était donc emparée des esprits; mais finalement, cette susceptibilité se changea en un sentiment de reconnaissance pour l'art et pour le chirurgien, quand on connut à quels soulagemens leur puissance avait pourvu.

Un soldat, Jean Eval, ayant fait partie de celle des armées françaises qui avait pénétré dans le cœur de la Russie, languissait depuis long-temps, victime des désastres de cette mémorable campagne. Son nez congelé avait été détruit et était tombé; il ne lui en était resté aucun vestige, pas même les os qui en soutiennent les cartilages, les os propres du nez; le mal s'était donc étendu, il avait gagné les voies lacrymales qui en furent fortement affectées; et de plus, les paupières étaient restées éraillées en plusieurs places.

Jean Eval, naguères si considéré de ses camarades, naguères si heureux, s'était depuis retiré dans le village qui l'avait vu naître. Il y vivait séquestré de la société: son aspect était hideux. Nulle indulgence, même de la part de ses anciens amis; il leur inspirait le plus profond dégoût; on s'éloignait de lui comme d'un spectacle, dont chacunne pouvait supporter la vue; repoussé de tous les ateliers, il ne pouvait même sans danger aller puiser de l'eau à la fontaine publique. Heureusement que d'aussi grandes douleurs appellent sur elles l'attention et excitent à y compatir. Le principal propriétaire du village, M. Delaborde d'Estouteville, prend pitié d'Eval; il le re-

cueille, le conduit à Paris, et le confie aux soins de M. Lisfranc : voilà l'infortuné qu'il s'agit de rendre aux communes destinées des hommes. Ce n'est donc point une tentative uniquement chirurgicale qui excitera le zèle : l'événement a prouvé qu'on n'avait pas fait inutilement un appel à la philantropie et aux talens de M. Lisfranc. En effet, décidé qu'il fût dès-lors à cet acte d'humanité, il s'y prépara par des études pratiques sur le cadavre et par de nombreuses recherches d'érudition. Ceci nous a valu une histoire critique et très-curieuse de tous les efforts qui ont été tentés dans ce genre, et qui ont pour la plupart été couronnés de succès.

Mais avant de dire sous quel point de vue nouveau le Mémoire de M. Lisfranc peut intéresser l'Académie, et afin de faire mieux ressortir cette circonstance, nous exposerons brièvement ce qui a été fait, avant que le célèbre et habile chirurgien, chef du service de la Pitié, donnât ses soins à Eval.

La rhinoplastie est un art déjà fort ancien ; il est question de ses procédés dans Celse et Paul d'Egine ; mais ils n'ont été connus qu'à de certains intervalles en Europe. Ambroise Paré cite l'histoire d'un seigneur français, dont le nez, *racoutré* en Italie, avait vivement intéressé la cour et la ville : cent ans plus tard, les Branca père et fils, chirurgiens du Sicile, et dans la suite, Taliacot, acquirent une grande célébrité pour leur talent de reproduire des nez. C'est qu'en ces temps là, les lois pénales en faisaient beaucoup abattre, et que le zèle de l'humanité croissant dans une même raison avait éveillé l'industrie, en suggérant de lutter contre la barbarie de ces procédés par d'habiles restaurations. Au désir féroce d'éterniser les dégoûtans témoignages d'anciennes condamnations on dût opposer des intentions et des efforts contraires, toutes les ressources des plus heureuses inventions. Le même genre de supplice s'est perpétué en Egypte et dans l'Inde. De là, il est arrivé qu'en Europe, où ces mutilations n'eurent plus lieu, l'art d'y remédier se perdit, quand au contraire, il est resté en possession de consoler l'humanité, dans les pays où ces horribles flétrissures ont continué d'affliger la société. Ces causes et leurs effets furent réciproques ; aussi est-ce par l'Inde que l'art de la rhinoplastie vient d'être rendu à l'Europe.

Voici dans quelle circonstance : en 1793, les Anglais étaient en guerre avec les Marattes. Un bouvier de leur armée tomba au pouvoir de l'ennemi ; pris pour espion, on le condamna et on le soumit à plusieurs mutilations, entre autres, à la perte du nez. Cependant des chirurgiens indiens en eurent pitié et lui refirent un nez, en remplacement de celui que ce malheureux avait perdu. Ce bouvier, reparaissant chez les Anglais, les remplit d'une admiration qui ne fut pas stérile. Le principal médecin de l'armée, le docteur Lucas, se fit

instruire des procédés en usage dans l'Inde ; il en écrivit à Londres ; après plusieurs essais infructueux, M. Lynn d'abord, qui fut guidé par de meilleurs documens, et puis à son imitation, les docteurs Satelisse et Carpue retrouvèrent les traces anciennement perdues. Leur succès excita, vers 1818, le zèle d'un médecin à Berlin, M. Graëfe ; et enfin la première introduction en France de l'art de la rhinoplastie est due à notre célèbre correspondant, l'un des grands chirurgiens de cette époque, M. le professeur Delpech. Quand, l'année dernière, l'un de nous (M. Geoffroy-Saint-Hilaire) visita Montpellier, M. Delpech lui remit le masque en plâtre d'un sujet sur lequel il avait, avec le plus grand succès, tenté l'art de la restauration du nez. Suivant la commission alors donnée à votre rapporteur, et qu'il s'empressa de remplir à son arrivée, il vous informa de plusieurs autres tentatives à ce sujet qu'avaient faites M. Delpech ; il put vous affirmer que le masque présenté était la fidèle représentation du sujet guéri qu'il avait vu à Montpellier. Ce fut à cette occasion que votre rapporteur vous fit part aussi de plusieurs autres cures du même genre, dont il eut pareillement connaissance, l'une dans le principal hôpital de Marseille, par M. le docteur Moulcau, et une autre dans l'hospice de la ville d'Aix, due aux soins du chirurgien de quartier, M. Thomain ; et qu'enfin il ajouta un mot sur le bruit qui agitait le public médical de Paris, à l'occasion d'une toute semblable et très-heureuse restauration par M. Lisfranc. Ces soins dont M. votre confrère s'acquitta avec zèle, lui ont sans doute valu l'honneur d'être compris dans une Commission relative à la chirurgie ; il invoque ces souvenirs et ce que vos ordres lui ont imposé de devoirs pour lui servir d'excuses, s'il parle dans cette occasion.

Cependant M. Lisfranc apprit par des publications de journaux, que l'Académie venait de donner quelqu'attention à des communications relatives à la rhinoplastie, et que son nom, à cause d'essais du même genre, y avait été mêlé. Prenant ce témoignage d'intérêt pour un encouragement, M. Lisfranc se rendit à l'Académie des sciences, dans la séance qui suivit celle de ces communications, et il y vint lire le Mémoire qui est l'objet du présent rapport ; il s'y décida surtout, en considérant que l'art de la reproduction du nez était dans ces derniers temps devenu l'objet d'un dédain assez général ; reprobation alors d'autant plus fâcheuse qu'elle était recommandée par une grande autorité, celle de feu notre collègue M. Percy, lequel avait écrit un long et savant article, *le mot Nez*, qui fut inséré dans le Dictionnaire des sciences médicales. Percy avait conseillé de s'en tenir tout simplement à un nez de carton, et d'éviter ainsi les douleurs de l'opération, qui, en définitive, devaient, suivant lui, ne procurer à l'opéré d'autres avantages que l'acquisition d'un simple simulacre de nez.

A la nécessité de revenir sur ces condamnations par des faits de toute valeur en chirurgie, le succès, par le témoignage de parfaites guérisons, se joignait un autre motif qui encourageait l'auteur à se présenter à l'Académie, c'est qu'il croyait avoir simplifié et perfectionné les procédés mis jusqu'alors en pratique. Ce point est ce que nous allons examiner. Dans les plus anciennes méthodes, on empruntait pour les ramener l'un vers l'autre sur la ligne médiane deux lambeaux de peau sur les côtés à droite et à gauche de la cavité nazale qu'il s'agissait de recouvrir : on allait chercher tout ce qu'il fallait d'étoffe jusqu'au pourtour des oreilles ; pour épargner à la face les difformités résultant de cette pratique, on imagina d'emprunter à un des bras de l'opéré le lambeau de peau nécessaire pour lui rendre le nez qu'il avait perdu. Le bras était alors relevé et fixé sur la tête ; position gênante qu'il fallait maintenir, avec risque de beaucoup de revers, jusqu'à ce que le lambeau continuant à être nourri par les vaisseaux du bras se fût greffé sur les tégumens étant au pourtour de l'excavation nasale. Telle était la méthode italienne, laquelle fut suivie et perfectionnée par M. Graëfe.

Dans l'Inde, où les institutions de la féodalité étaient parvenues aux plus grands excès, et où il était de règle qu'il y eût des maîtres pour jouir et des esclaves devenus une chose commerciale, une matière abandonnée à tous les caprices d'une jouissance privilégiée, on ne faisait pas tant de façon : on abattait le nez à cette classe possédée, et on l'appliquait sur le visage du noble possesseur qui en avait besoin, ou bien on frappait avec une pantoufle à coups non interrompus sur les fesses de l'esclave, jusqu'à ce que la peau fit cloche, c'est-à-dire, jusqu'à ce que le tissu cellulaire de la couche subjacente fut dilacéré ; et cela dans une étendue superficielle assez considérable. Il fallait bien que ces lambeaux cutanés entièrement et fraîchement détachés pussent être placés sur un autre sujet et s'y rajuster lèvres contre lèvres sur la plaie vive qu'ils étaient destinés à guérir. Effectivement, on eut en Europe l'occasion de se convaincre de la possibilité de ce fait, à la suite d'un évènement dont nous allons redire les principales circonstances. Un soldat, animé par la colère et dans une lutte vivement engagée, arracha avec ses dents et coupa entièrement le nez à l'un de ses camarades. Le nez tomba à terre, dans la boue, d'où il fut retiré, puis jeté dans l'officine d'un pharmacien, M. Galin. Celui-ci recueillit le nez arraché, et l'ayant nettoyé dans du vin chaud, il imagina de le réappliquer, parvint à le fixer en place, et le vit enfin se cicatriser. Ce fait fut publié par Garengeot, auquel il a attiré d'insultantes railleries. A cet orage, Garengeot opposa d'autres faits semblables déjà connus : il rappela que dans l'Inde, pour prévenir toute restauration possible ou du moins pressentie comme possible,

chaque nez abattu par suite d'une condamnation était aussitôt jeté dans un brâsier. On agissait avec plus d'indulgence en Italie; la loi rendait leurs nez aux suppliciés, les autorisant à se les faire rajuster: or, cette opération réussissait, au dire de Mænichen et de Leyseri. On en fut de nouveau informé sur l'attestation de Fioraventi, Loubey, Williams-Palfour, etc.

Tels sont les faits que M. le docteur Lisfranc a cru devoir, dans son Mémoire, opposer à une nouvelle reprise d'incrédulité; mais il fait mieux à cet effet que d'invoquer la leçon du passé, il va montrer lui-même toute la puissance de l'art.

Il ampute, comme ses devanciers de cette actuelle époque, la peau de recouvrement au front de l'opéré; mais déjà il songe à éviter un assez grave inconvénient. Pour que le côté à surface épidermique fût en dehors, on avait coutume de retourner le lambeau amputé, en faisant éprouver à son pédicule une torsion sur lui-même; ainsi quand les parties étaient en place et qu'elles gagnaient de l'adhérence en se cicatrisant, le nez offrait à sa racine une forte et très-choquante élévation. Il fallait plus tard s'exposer à compromettre le succès de la cure, si l'on recourait à l'extraction de cet excédent, cette saillie procurant une difformité très-désagréable. M. Lisfranc évite cette torsion, et par conséquent il est dispensé d'y remédier plus tard. Pour cet effet, il prolonge son incision trois lignes plus bas à gauche qu'à droite.

Afin de rafraîchir les bords de la plaie sur laquelle doit s'appliquer le lambeau du front, M. Lisfranc pratique le long de ses bords une incision qui divise perpendiculairement la peau, et dont il dissèque légèrement le lambeau externe, de manière à obtenir une rainure assez large pour y enchâsser parfaitement le bord du nez artificiel. Par excès de précaution, des bandelettes agglutinatives très-légèrement serrées ont été mises en usage. Par là, l'opérateur a évité la suture, dont l'emploi est douloureux, et qu'il devait d'ailleurs absolument rejeter, à cause des nombreuses cicatrices anciennes que présentait la face de son malade.

M. Lisfranc a encore trouvé à obvier à deux graves inconvéniens; avant lui les praticiens n'avaient pas trouvé les moyens de loger au fond des fosses nasales un tampon d'une manière fixe qui procurât un relief pour soutenir les tissus, ni des brides résistantes pour maintenir libres et ouvertes les sous-cloisons des narines. Il a fait usage de compresses composées de parties qui se remplaçaient avec facilité, et il fut engagé dans l'invention de ce procédé par les très-grandes difficultés de son sujet. Eval n'avait pas seulement perdu les os propres du nez, une partie des branches montantes des os maxillaires avait été cariée. Enfin, M. Lisfranc se servait de rubans de plomb laminé qu'il

roulait sur eux-mêmes ; il est parvenu à les maintenir de façon que ces rubans ni ne pénétraient en-dedans, ni ne s'échappaient en-dehors. Le malade, moins tourmenté par des soins qui auraient été donnés d'heure en heure, était avec plus de profit abandonné aux effets de la cicatrisation. L'un de nous, dans le voyage qu'il a relaté et dans un des hôpitaux du Midi, a vu de fâcheux effets de ce manque de précaution. Les ouvertures nasales s'obstruaient en acquérant de l'épaisseur. Il fallait donc rouvrir le passage et refaire des entrées par voie de perforation. On allait pratiquer cette opération pour la seconde fois à un malade tenu pour à-peu-près guéri.

Ce que tous ces procédés, et en général les soins de M. le chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, ont valu à Eval, sont les avantages suivans :

Il avait perdu l'odorat par un contact prolongé de l'air sur la muqueuse nasale, il l'a retrouvé sous le couvert et la protection de son nez refait. Les yeux étaient autrefois toujours humides, et les larmes coulaient continuellement sur les joues, où elles déterminaient des rougeurs et même des excoriations : les larmes sont maintenant contenues. La voix, de nasillée qu'elle était, rend un timbre plus ferme. La peau du front s'est cicatrisée, ne laissant qu'une fâcheuse apparence de luisant. Eval possède donc, non un *simple simulacre de nez*, mais un nez *réel*, qui, pour être artificiel et refait avec des pièces d'emprunt, n'en n'a pas moins de relief. Eval le saisit avec son mouchoir, le fait jouer à droite et à gauche, le tire et le fait résonner ; il le remplit, avec sensualité, de tabac. Eval est enfin rendu, sous ce rapport, aux communes conditions et sensations des autres hommes. L'académie doit se rappeler ces circonstances mises sous ses yeux.

Mais avant de présenter Eval à l'académie, et de le rendre à l'estimable et généreux M. Delaborde, qui le lui avait donné à guérir, M. Lisfranc a attendu neuf mois. « Ainsi sont, dit-il, entièrement détruites les allégations des personnes qui prétendaient que le nez artificiel d'Eval se déformerait plus tard, et que les moindres tractions suffiraient pour l'enlever. »

Voilà des faits de chirurgie patens et sans doute bien importans ; mais le mémoire de M. Lisfranc contient encore d'autres considérations qui, pour n'être qu'accessoires relativement à son objet, ne sont pas moins recommandables, à cause de leur intérêt général et de leurs applications à la physiologie.

Nous avons vu que l'étoffe employée pour fournir un couvercle cutané ou une sorte de toit aux chambres olfactives, avait été empruntée au front, et que pour l'en détacher on avait procédé par une dissection qui avait soulevé un vaste lambeau, en épargnant un pédicule, lequel unissait celui-ci aux tégumens communs restés en

place; on avait inévitablement tranché, vers quelques points du pourtour de ce vaste lambeau, plusieurs filets nerveux et vasculaires; mais en même temps on avait laissé quelques branches de communication, au moyen du pédicule servant de lien de la partie amputée avec les parties maintenues dans l'état ordinaire, en faisant ossiller, comme sur un point d'axe, et en renversant de haut en bas, savoir, du front pour le placer sur les fosses nasales, le lambeau disséqué; on a donc changé et même détruit beaucoup de rapports. Tel filet nerveux sortant d'une mère branche devra à la cicatrisation de s'anastomoser avec un autre. Eval seul, après sa guérison, comme susceptible d'éprouver ces nouvelles sensations, devait dire ce qui en était advenu.

Or, expérimenté et interrogé par M. Lisfranc, il a communiqué ces faits curieux: Frappé sur le milieu du front, la sensation de ce contact était ressentie par son nez artificiel; touché sur l'extrémité du nez, il en rapportait la sensation au front; touché plus loin ou plus bas, des irradiations nerveuses en étaient le résultat, et se propageaient d'avant en arrière sur toute l'étendue de la partie du visage située au-dessus de la commissure des lèvres *et vice versâ;* que la percussion fut sur les aîles du nez, elle était ressentie sur les joues; mais ce qui ne fut pas respectif, la percussion sur les joues n'était pas ressentie sur les aîles du nez. Ce dernier fait ne se trouve point dans le mémoire de M. Lisfranc, il l'a acquis depuis la lecture de son écrit, alors que devant ses commissaires il répétait les expériences dont nous venons de rendre compte. M. Lisfranc a cru devoir se borner au simple récit de ces faits.

Tel est le mémoire que l'académie nous avait chargé d'examiner. Sous ses divers rapports, il nous a paru très-recommandable. Nous le croyons digne d'être publié dans le recueil des Savans Etrangers, et de paraître avec l'approbation de l'académie.

(Ce rapport a été lu et adopté dans la séance du 11 février 1828.)

BIBLIOGRAPHIE.

Annuaire médico-chirurgical, ou Répertoire-général de clinique, se composant de notes, d'analyses ou d'extraits de ce que les Journaux de médecine renferment d'intéressant sous le rapport pratique; par une société de médecins et de chirurgiens. Première année. (1826). *Paris, chez Crévot; in-*8.° *de XII-*636 *pages.*

L'on n'a pas assez remarqué, peut-être, l'une des causes qui ont le plus contribué aux progrès des sciences physiques, depuis le règne de la philosophie expérimentale. « Il y a quelqu'un, disait un person-

nage célèbre, qui a plus d'esprit que Voltaire, plus d'esprit que Rousseau, et ce quelqu'un c'est *tout le monde.* » Quand cette pensée serait fausse dans la plupart de ses applications, on serait forcé de reconnaître qu'elle est incontestable dans *le monde des médecins.* Il ne peut point exister parmi eux de capacité individuelle aussi étendue et aussi puissante que celle de la multitude. Sous le règne des systèmes *à priori*, quelques hommes seulement, doués d'une imagination active, étaient appelés à créer des doctrines; le plus grand nombre, incapables de prétendre à ce rôle, se condamnaient à l'inaction et à recevoir pour vrai ce qu'on voulait leur enseigner. Mais depuis qu'on eut reconnu que l'étude de la médecine, comme celle de toutes les sciences naturelles, consiste essentiellement dans l'observation des faits qui composent son domaine, et qu'il suffit, pour étudier la nature, d'avoir des sens et de la patience, chacun put payer son tribut à la science, et grossir le trésor commun du faible produit de ses travaux. Ce que n'auraient pu vingt génies du premier ordre, se succédant dans la durée des siècles, quelques générations l'ont fait, tout naturellement et sans effort. On peut assurer que le demi-siècle qui vient de s'écouler á recueilli plus de matériaux pour la science qu'on n'en avait rassemblés depuis Hippocrate. La plupart de ces travaux ont dû se placer dans ces recueils toujours ouverts à quiconque ne voulant point ou ne pouvant pas faire un livre, possède quelques faits dignes d'être conservés. C'est par là que les journaux sont devenus, dans les temps modernes, l'instrument le plus puissant des progrès de l'esprit humain. Mais pour qu'ils produisent tout le bien qu'on doit en attendre, ils ne suffit pas qu'ils mettent sous les yeux du public l'observation qu'on vient de recueillir, les résultats des expériences qu'on vient de tenter ; il ne suffit pas qu'ils proclament une vérité nouvelle que l'induction vient de saisir; il faut qu'on puisse, en tout temps et sans peine, y retrouver ce dont on a besoin; il faut qu'ils se répandent partout et qu'ils soient conservés. Tout cela, il faut en convenir, est plus désirable que possible. Leur nombre, leur volume, et plusieurs autres circonstances, s'y opposent. Ce devrait donc être une entreprise vraiment utile de recueillir, à la fin de chaque année, ce que les journaux ont publié de plus précieux, de plus usuel, et de plus essentiel à conserver. Il ne faudrait pas avoir la prétention de parler de tout ce qu'ils renferment, et de remplacer complètement des originaux qui vaudront toujours mieux qu'une copie; ce serait se condamner à ne faire qu'un résumé sans couleur et sans utilité, ou une table des matières aussi incommode que prolixe. Sous ce rapport, les auteurs de *l'Annuaire* paraissent s'être fait assez bien l'idée de ce que devrait être un semblable recueil, quoique d'ailleurs le plan qu'ils se sont formés soit un peu mesquin. Nous regrettons d'avoir à leur adresser des reproches sur

l'exécution de leur ouvrage. Le choix des matériaux pourrait être fait avec plus de critique ; quelques chapitres pourraient disparaître sans que le livre perdît rien de sa valeur ; quelques autres devraient et pouvaient être mieux remplis ; enfin, le style du rédacteur est d'une incorrection tout-à-fait impardonnable. Malgré ces défauts, *l'Annuaire* doit être utile, et nous désirons que les auteurs soient encouragés à le continuer.

La méthode ovalaire, ou nouvelle méthode pour amputer dans les articulations; par L. SCOUTETTEN, *etc. Un vol. grand in-4.° avec onze planches lithogr. Paris*, 1827.

Les progrès de la chirurgie moderne consistent moins dans l'invention de certains procédés que dans le perfectionnement réel de ceux qui formaient jusqu'alors le domaine de la médecine-opératoire. Cette réflexion, à l'appui de laquelle nous pourrions citer des faits nombreux, nous a été suggérée par la lecture de l'ouvrage que nous annonçons. En effet, la méthode de désarticulation proposée par M. Scoutetten n'est point, à proprement parler, une methode nouvelle, car l'idée première, comme il le dit lui-même, appartient à Langenbeck, et plusieurs opérations pratiquées depuis, entr'autres par MM. Guthrie et Abernethy, reposent, à peu de chose près, sur le même principe. Mais ces opérations, publiées isolément à des intervalles assez éloignés, étaient restées inaperçues jusqu'à présent : ce fut en les examinant avec attention, que M. Scoutetten remarqua entre elles des caractères communs, reposant sur un principe fondamental, applicable à presque toutes les articulations. Dès-lors il reconnut dans cet ensemble de procédés opératoires, une méthode qui est toujours la même et qu'il nomme *ovalaire*, d'après la forme de la plaie résultant de l'amputation.

Ce qui caractérise essentiellement la méthode ovalaire, c'est qu'on arrive constamment par trois incisions qui se réunissent en formant un triangle, à produire une ellipse dont le petit foyer se trouve près de l'articulation. On ne fait point de lambeaux, tous les tissus se tiennent, il n'existe qu'une plaie simple dont les bords se réunissent par une cicatrice linéaire. Quant à l'exécution, elle est aussi facile et aussi prompte que pour les autres procédés, et une minute suffit pour terminer la désarticulation la plus longue, celle de l'articulation coxo-fémorale, par exemple. Sans doute l'expérience n'a pas encore consacré, dans tous les cas, la supériorité de cette méthode sur celles qui sont mises en usage jusqu'à ce jour, mais on ne peut s'empêcher de reconnaître que sa simplicité réunit beaucoup de chances en sa faveur. L'auteur a fait représenter successivement pour toutes les articulations, des figures fort exactes et dessinées d'après nature, qui donnent parfaitement l'idée des divers temps de l'opération. Chaque planche est accompagnée d'une description claire et concise du manuel de l'opération, et de l'anatomie chirurgicale de la région sur laquelle l'amputation doit être pratiquée. Nous ne pouvons trop recommander la lecture d'un ouvrage qui nous semble devoir contribuer au perfectionnement d'une des branches importantes de la médecine-opératoire ; c'est d'ailleurs aux praticiens placés sur un théâtre convenable, à décider jusqu'à quel point l'expérience peut justifier cette opinion.

OLLIVIER.

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AVRIL 1828.

Observations et réflexions sur l'hémorrhagie cérébrale, considérée pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement; par P. Menière, *D. M. P., ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris.*

Dans l'excellent article *Grossesse*, du *Dictionnaire de Médecine*, M. le professeur Desormeaux, après avoit combattu en peu de mots l'opinion de ceux qui considèrent la pléthore comme la principale et presque comme l'unique cause des maladies des femmes enceintes, ajoute les réflexions suivantes : « Sans accorder tant d'influence à la pléthore, on ne peut se refuser de reconnaître que cet état est un phénomène constant de la grossesse ; que, lorsqu'il est porté à un point considérable, la femme est menacée d'accidens graves, et qu'il est nécessaire d'y apporter remède, ou au moins de la ramener à de justes bornes. » Cette pléthore, à laquelle on a fait jouer un si grand rôle, et qui a donné lieu à tant d'abus dans l'application des moyens destinés à la prévenir, ne dépend pas seulement de la suppression du flux menstruel, car on en observe tous les accidens chez les femmes qui continuent à être réglées pendant les premiers mois de la ges-

tation. Elle dépend d'une cause plus générale dont l'action détermine dans toutes les fonctions de la femme un surcroît d'activité qui se manifeste bientôt par des signes non équivoques. Telle jeune femme qui jusque-là n'avait présenté qu'un embonpoint médiocre et une constitution délicate, offre tout-à-coup un développement remarquable. Le tissu graisseux devient abondant, la peau se colore, le système musculaire acquiert une énergie nouvelle, enfin la plus brillante santé succède à un état de langueur habituelle.

Il est évident que chez la femme enceinte, la nutrition est plus active, et que les principaux fluides de l'économie subissent à-la-fois une augmentation dans leur masse et une amélioration dans leur composition intime. Le sang qui distend tout l'appareil circulatoire est chargé de fibrine et de matière colorante ; il stimule puissamment les organes auxquels il arrive, et imprime à leur vitalité une force inaccoutumée. Cette manière d'être, particulière à la grossesse, était sans doute nécessaire pour fournir au fœtus les matériaux de sa nutrition, mais comme elle n'est pas toujours maintenue dans de justes limites, elle devient la cause d'une foule d'accidens : c'est pour les prévenir ou les combattre, que l'on fait usage de la saignée. L'avantage qu'on en retire est si grand et si immédiat, que ce moyen est devenu banal, et que toute femme enceinte ne croît pouvoir atteindre heureusement le terme de sa grossesse, si elle ne s'est fait saigner une ou plusieurs fois. Ce préjugé s'affaiblit de jour en jour, et tout porte à croire qu'on parviendra à le déraciner complètement. Il en sera de la saignée pour les femmes grosses comme des saignées de précaution au mois de mai pour les individus pléthoriques ; comme des purgatifs périodiques pour les femmes arrivées au temps critique, ou pour les hommes à tempéra-

ment bilieux; comme de l'usage du lait et des sucs d'herbes au printemps dans les cas de cachexie scorbutique ou scrofuleuse. La raison publique fait peu-à-peu justice de ces vaines croyances; on attend pour prescrire un remède qu'une indication précise en exige l'emploi, et ensuite, on donne la préférence au médicament dont l'action est régulière et facile à apprécier.

La pléthore des femmes enceintes se manifeste le plus souvent pendant la seconde moitié de la grossesse; cependant les symptômes qui la caractérisent s'observent à toutes les époques. Les variations qu'on rencontre à cet égard ne permettent pas d'admettre comme fondées les divisions établies par certains auteurs anciens et modernes. La prédominance du système nerveux dans les trois premiers mois, du système circulatoire dans les trois moyens, du système séreux dans les trois derniers, peut bien en effet se remarquer chez certains individus, mai il s'en faut de beaucoup que cela convienne à la pluralité des cas. Quoi qu'il en soit, la pléthore peut durer long-temps sans avoir de fâcheux résultats, s'il ne se développe aucune cause locale propre à augmenter son action, et à la concentrer en quelque sorte sur un seul organe. Mais si une cause de cette nature existe, alors il survient des congestions viscérales, des hémorrhagies, dont les plus redoutables sont l'apoplexie et la métrorrhagie.

Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'hémorrhagie cérébrale chez des femmes enceintes, de même que pendant et après l'accouchement, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de les rapprocher. Je sais bien que l'apoplexie qui survient pendant la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement, diffère beaucoup de celle qu'on observe à la suite de ce travail, puisque la première dépend souvent d'une cause toute physique;

mais il y a toujours la pléthore pour cause prédisposante générale, et ce motif seul m'empêche de séparer ces histoires d'une même maladie.

Les exemples d'apoplexie pendant la gestation sont rares. Les recueils d'observations en contiennent fort peu, et encore offrent-ils à peine des caractères assez tranchés pour ne laisser aucun doute sur leur valeur. Dans les traités *ex professo* sur l'apoplexie, la grossesse est à peine comptée au rang des causes prédisposantes ou occasionnelles. Smellie, Baudelocque, M. Capuron, parlent en détail de tous les accidens qui compliquent la gestation, et ne disent rien de l'apoplexie. La plupart des anciens auteurs consacrent un chapitre aux coups de sang qui arrivent dans la seconde période de la grossesse, mais il est aisé de voir qu'ils entendent par là des congestions brusques et passagères qui cèdent à l'emploi de la saignée générale. M. le professeur Desormeaux, dans l'article que nous avons déjà cité, indique formellement l'hémorrhagie cérébrale comme une des suites de la pléthore des femmes enceintes, et donne les conseils les plus judicieux pour prévenir ce terrible accident. Mauriceau prescrit égalememt la saignée en pareil cas, et son précepte vient à la suite d'un fait consigné dans son Recueil d'observations. Antoine Petit parle de l'apoplexie des femmes enceintes; il dit que l'ouverture des cadavres a fait voir la substance cérébrale remplie de caillots de sang extravasé. Deleurye a également vu des épanchemens sanguins, mais il considère cet accident comme très-rare. M. Gardien, dans l'article *Grossesse*, du *Dict. des Sciences médicales*, dit que l'apoplexie arrive en général dans les trois derniers mois de la grossesse, mais il ne cite aucun fait. Examinons ceux que nous avons pu rassembler, et tâchons d'en bien apprécier toutes les circonstances.

Obs. I.re (1) — Une femme de trente ans, *d'une habitude assez replette*, enceinte de deux à trois mois, *tomba en une faible apoplexie* qui dégénéra *aussitôt en une paralysie* de tout le côté gauche du corps. La grossesse reconnue par Mauriceau, ayant été niée par d'autres médecins, on pratiqua de nombreuses saignées au bras et au pied, on administra l'émétique et beaucoup d'autres médicamens. L'avortement n'eut pas lieu, et la paralysie qui existait encore au bras à l'époque de l'accouchement, se dissipa peu à-peu, et ne laissa qu'un léger engourdissement dans le moignon de l'épaule. « Cet exemple fait bien voir, dit Mauriceau, que c'est un grand abus que d'attendre qu'une femme soit grosse de quatre mois et demi pour la faire saigner; car il est certain que cette femme, qui était d'une habitude assez replette, n'était tombée en cette apoplexie que par une trop grande abondance de sang dont la nature était surchargée; laquelle abondance ayant été évacuée plutôt par quelque saignée, cette femme aurait été vraisemblablement garantie de ce fâcheux accident par ce remède salutaire. »

La brièveté de cette observation, et surtout le manque de détails sur le développement de la maladie, laissent peut-être des doutes sur son véritable caractère. Cependant son invasion subite est suffisamment indiquée par le mot *tomba*. Quoique Mauriceau dise : *tomba en une faible apoplexie*, et que l'on puisse rapporter ces paroles à une simple congestion cérébrale, le mot apoplexie est justifié, puisque l'accident désigné *dégénéra aussitôt en une paralysie de tout le côté gauche du corps*. Malgré le peu de confiance que nous ayons dans un symptôme de cette nature pour indiquer une lésion quelconque du cerveau

(1) II.e vol., obs. 258.e, page 214, Mauriceau, *Traité des Accouchemens*.

ou de ses dépendances, nous croyons qu'il y a eu apoplexie, et nous fondons cette opinion sur les circonstances de l'âge de la malade, de sa constitution replette, de son état de grossesse, et enfin sur l'invasion rapide de la maladie. Les phénomènes subséquens sont encore une preuve en faveur de notre manière de voir. Une hémorrhagie cérébrale seule a pu produire une paralysie aussi durable, et sa guérison graduelle concorde bien avec ce que nous savons sur les procédés que la nature emploie pour réparer les suites d'un accident semblable.

Obs. II. — Au mois d'octobre 1821, on reçut dans les salles de la Maternité de l'Hôtel-Dieu d'Angers, une fille âgée de 33 ans, muette, idiote, et affectée de temps en temps d'attaques épileptiformes. Elle était grande, robuste, et d'une bonne santé habituelle. Victime de la brutalité d'un homme chez qui elle était occupée à garder un troupeau, elle parvint au sixième mois de sa grossesse sans avoir éprouvé d'autre accident que le retour plus fréquent de ses accès convulsifs. Quelques saignées du bras les éloignèrent, et rien ne faisait craindre un accident grave, lorsque dans une nuit elle eut coup sur coup trois ou quatre accès bien plus violens que d'ordinaire. Je la trouvai le matin avec une résolution complète du côté droit, la bouche déviée à gauche, la respiration stertoreuse, enfin tous les signes d'une apoplexie. Un traitement énergique fut sans succès, et la mort arriva le même jour dans la soirée, dix-huit heures au plus après l'invasion des premiers symptômes.

Autopsie cadavérique, quarante heures après la mort. — Le corps strié gauche contenait un caillot de sang du volume d'une petite noisette. On en trouvait un autre encore plus petit dans la couche optique du même côté. Le reste du cerveau était sain, à l'exception de la protubérance annulaire qui contenait plusieurs granulations

cartilagineuses. Tous les autres organes étaient en bon état. Le fœtus, de l'âge de six à sept mois, était très-gros. Ses mouvemens ayant cessé de se faire sentir plus de dix heures avant la mort de la mère, on ne pratiqua pas l'opération césarienne.

Quelle que soit la relation qui existe entre l'altération de la protubérance annulaire et les accès d'épilepsie, on ne peut nier que cette maladie n'ait été gravement influencée par l'état de grossesse. La suppression des règles, en produisant une pléthore accidentelle, donnait lieu à un plus grand afflux de sang vers le cerveau, et rendait les attaques plus fréquentes. Plusieurs accidens de cette nature arrivés en très-peu de temps, furent suivis de la rupture des vaisseaux et d'un épanchement sanguin qui, quoique peu abondant, était plus que suffisant pour amener la mort chez un individu placé dans de semblables circonstances. On sait en effet qu'un organe déjà malade n'a besoin que d'une lésion peu grave pour cesser toutes ses fonctions, surtout lorsque cette lésion est subite; une apoplexie pulmonaire très-circonscrite, une pneumonie lobulaire peu étendue, suffisent quelquefois pour tuer instantanément un phthisique ou un anévrysmatique. Le cerveau de notre malade était dans des conditions analogues; aussi la mort fut-elle promptement le résultat d'une lésion qui eut été très-curable chez un individu autrement disposé.

Dans l'observation de Mauriceau et dans la nôtre, l'âge des malades est assez avancé, et cette circonstance ne peut pas être regardée comme indifférente. Une constitution robuste donne lieu, de trente à quarante ans, à des congestions cérébrales fréquentes, surtout quand le défaut d'exercice et une nourriture abondante concourent à augmenter la pléthore. L'omission de la saignée, dans des cas de ce genre, est une grande faute; aussi Mauri-

ceau insiste-t-il sur les avantages qu'on en eût retirés. Chez notre malade, la veine avait été ouverte deux fois, et l'événement a prouvé que cela n'avait pas suffi. Il est vrai que l'existence d'une épilepsie ancienne modifiait ce cas d'une manière particulière, et rendait l'indication de saigner bien plus pressante.

Nous avons dit que les signes de la pléthore pouvaient apparaître à toutes les époques de la grossesse. Il importe tellement de les combattre quand leur présence se manifeste avec un certain degré d'énergie, qu'on ne doit pas craindre de pratiquer la saignée dès les premiers temps de la gestation. Mauriceau fait remarquer avec raison (1) que les évacuations sanguines conviennent souvent beaucoup mieux à la femme pléthorique nouvellement enceinte, qu'à celle qui est plus avancée. Selon lui, « l'enfant étant très-petit, ne peut consumer pour sa nourriture tout le sang attiré vers la matrice, ce qui fait qu'il en reste souvent du superflu, lequel vient ensuite à causer plusieurs accidens. » La naïveté de cette explication n'empêche pas sa justesse, et tous les progrès de la physiologie moderne ne pourraient rien ajouter à son exactitude.

Des faits et des diverses considérations qui précèdent, il résulte que la pléthore des femmes enceintes peut déterminer une hémorrhagie cérébrale plus ou moins grave, suivant son abondance et l'état primitif de l'organe. Bien que, selon l'expression de M. Desormeaux, les accidens résultant de cette pléthore ne soient que l'exagération de phénomènes purement physiologiques, et que, par conséquent, leur importance soit bien moindre que s'ils dépendaient d'une cause morbide, le médecin ne saurait trop être en garde contre leurs suites fâcheuses, et il doit

(1) Tome I.er, pages 126 et 127.

employer toutes les ressources de l'art pour les prévenir. Les saignées au bras et au pied, les laxatifs, un régime sévère, l'exercice, modifieront puissamment la tendance qu'a le sang à faire irruption vers la tête. On ne doit pas craindre de donner au traitement un degré d'activité contre-indiqué en apparence par la grossesse. L'exemple rapporté par Mauriceau est propre à nous rassurer, et tous les bons praticiens de notre époque savent que les avortemens ne se produisent pas avec autant de facilité qu'on pourrait le croire.

Examinons maintenant quelques cas d'apoplexie observés pendant le travail de l'accouchement. Suivant M. Gardien (article déjà cité), des faits de ce genre ont été observés par Frank et Mahon. Si l'on en croit le même auteur, Galien et Mercurialis auraient indiqué la possibilité de ce terrible accident. Antoine Petit affirme cependant le contraire, et nous partageons son avis, du moins à l'égard du dernier auteur, qui ne parle que des accidens généraux résultant de la suppression des menstrues. Comme nous l'avons déjà dit, nous ne rapprochons ces faits de ceux qui précèdent que parce que la même cause prédisposante, c'est-à-dire la pléthore, existe pour tous, et que ses effets, c'est-à-dire l'hémorrhagie cérébrale et ses suites, s'y observent également. Nous rechercherons avec soin de quelle nature est la cause occasionnelle ou immédiate de l'apoplexie, et cet examen nous fournira l'indication des moyens capables de prévenir ce redoutable accident.

Obs. III[e]. Une femme de trente-cinq ans, de taille moyenne, de médiocre embonpoint, enceinte pour la troisième fois, est arrivée au huitième mois de sa grossesse sans avoir éprouvé aucun accident. A cette époque, elle fait à pied une longue route, portant un lourd fardeau. Il en résulte une fatigue excessive, et bientôt elle accou-

che d'un enfant qui meurt aussitôt. Les dernières douleurs expulsives furent accompagnées de cris violens et de mouvemens convulsifs dans les bras. Au milieu de cette agitation, elle tomba tout-à-coup sans connaissance, les membres du côté gauche restèrent immobiles, tandis que les convulsions duraient encore dans le bras droit. (*Saignée du bras, sinapismes aux pieds.*) Pas d'effet sensible. Quelques heures après, la respiration devient stertoreuse, les paupières sont abaissées, les pupilles dilatées; il y a trismus. Convulsions partielles dans le bras gauche, contracture permanente à droite, un peu de sensibilité par tout. La main droite s'élève quelquefois jusqu'à la hauteur du front, mais ce mouvement est très-irrégulier. L'utérus est au niveau de l'ombilic, le ventre tendu, mais non douloureux; aucun écoulement vaginal, ni urines, ni selles. Mort douze heures après l'accouchement.

Autopsie cadavérique, trente-cinq heures après la mort. — Les deux ventricules latéraux sont remplis par un caillot noir et solide, le septum médian est complètement déchiré, le corps strié gauche est largement excavé en avant et en dehors; aux environs de cette rupture on voit un grand nombre de petits épanchemens miliaires, sans que la substance cérébrale paraisse du reste altérée. A droite, le corps strié et la couche optique présentent également chacun une érosion superficielle et une sorte d'infiltration sanguine environnante, la paroi externe et inférieure du ventricule qui est en rapport avec ces organes est profondément déchirée, aussi le caillot qui se prolonge dans cette cavité accidentelle est-il bien plus volumineux que celui du côté opposé. Le reste de l'organe est sain, les vaisseaux paraissent exempts de toute altération organique.

Thorax. Le cœur est volumineux, ce qui dépend de

la distension du ventricule droit par un gros caillot, le ventricule gauche est le siége d'une hypertrophie concentrique, le tissu propre de ce viscère est d'un rouge vif; les gros vaisseaux, les poumons et les organes abdominaux n'offrent aucune lésion.

Ce fait intéressant, qui a été recueilli l'an dernier à l'Hôtel-Dieu, par notre collègue et ami le docteur Schedel, fournit matière à de nombreuses considérations : nous nous bornerons pour l'instant aux suivantes. Il est d'expérience que chaque douleur expulsive donne lieu, chez la femme en travail, à une congestion cérébrale caractérisée par la rougeur et la bouffisure du visage, des vertiges, des éblouissemens, et quelquefois une perte de connaissance passagère. Ces symptômes sont le résultat mécanique de la contraction violente de tous les muscles du tronc, qui détruit l'équilibre ordinaire du mouvement circulatoire et accumule dans le cerveau une quantité de sang beaucoup plus considérable que celle dont il a besoin. Ce phénomène, qui ne varie que du plus au moins, est constant, et il ne diffère en rien de ce qu'on observe chez les hommes replets, lorsqu'ils s'efforcent d'expulser des matières fécales endurcies. On trouve dans le premier volume des Mémoires de la Société royale de Médecine, une observation de congestion sanguine très-grave, survenue pendant l'accouchement, et que l'on désigne à tort sous le nom d'apoplexie. L'absence de la paralysie, le retour complet et instantané de la connaissance et des fonctions des sens, indiquent suffisamment qu'il y a eu erreur dans le diagnostic; revenons à notre sujet.

Une femme de 35 ans, grosse de huit mois et chez laquelle il existe un pléthore remarquable, se trouve donc dans des conditions propres à favoriser une forte congestion cérébrale; si l'on ajoute qu'elle a fait une longue route à pied et qu'elle s'est excédée de fatigue en portant un lourd

fardeau, on rendra plus probables encore les dangers de cette congestion, parce que la marche et les efforts violens qu'elle a faits, ont dirigé vers l'organe encéphalique une quantité de sang capable de distendre ses vaisseaux; si si l'on ajoute enfin que cette femme est affectée d'une hypertrophie concentrique du ventricule gauche, et que l'orifice aortique est libre, on aura réuni toutes les circonstances les plus propres à amener une hémorrhagie cérébrale, aussi est-elle survenue. Au milieu des efforts destinés à terminer l'accouchement, une énorme rupture s'opère à la fois dans les deux corps striés, dans une couche optique, et à la base d'un des ventricules, et produit un épanchement dont la guérison surpasse à la fois les ressources de l'art et celles de la nature.

L'hypertrophie du ventricule gauche, regardée par M. Rochoux comme une circonstance indifférente dans la production de l'hémorrhagie cérébrale, nous paraît au contraire fort importante, et les faits abondent pour appuyer notre opinion. Outre que la même cause qui donne lieu à l'hypertrophie du cœur, produit souvent des altérations dans la structure des parois artérielles, il est certain encore que la force de résistance de ces parois ne s'accroît pas dans la même proportion que la force d'impulsion du cœur. De l'uue ou de l'autre de ces causes ou des deux à la fois, résultent des ruptures qui arrivent spécialement dans les organes très-vasculaires, surtout lorsque certaines circonstances accidentelles déterminent de grands troubles dans le mouvement circulatoire.

Dans l'observation suivante, nous allons voir une lésion presque aussi grave arrivée sous l'influence d'une cause externe et suivie d'une mort encore plus prompte. Je tiens le fait d'une dame, élève de la Maternité.

Obs. IV.e — Pendant l'hiver de 1805, on reçut à la maison d'accouchement une femme qui y fût apportée sans

connaissance. Elle était froide, et tous ses membres, également insensibles, offraient une rigidité remarquable; son visage était violet, bouffi, et la bouche était fortement déviée à droite; elle paraissait avoir trente ans. On l'avait trouvée sur la voie publique, et tout annonçait que les symptômes observés étaient le résultat de l'impression prolongée d'une température très-basse : du reste elle paraissait à terme. Les soins qu'on lui administra eurent pour effet de ranimer un travail commencé et interrompu plus tard, on eut recours à l'application du forceps. L'enfant était mort, et la mère, malgré tous les soins qu'on lui prodigua, mourut quelques heures après l'entière terminaison de l'accouchement.

L'ouverture du cadavre fit voir un épanchement considérable de sang dans l'un des ventricules latéraux.

Tels sont les renseignemens bien incomplets sans doute, que j'ai pu me procurer sur ce cas intéressant. Ils suffisent du moins pour prouver que chez une femme enceinte, le froid peut, concurremment avec les causes résultant de cet état, donner lieu non seulement à une congestion cérébrale, mais eucore à une véritable apoplexie. Il resterait toujours à déterminer dans ce cas si l'hémorrhagie est le résultat immédiat de l'action du froid sur toute la surface du corps, ou bien si l'apoplexie a précédé cette action. Quoiqu'il en soit, on ne peut nier que chez un individu pléthorique, l'impression d'un froid très-vif ne produise un refoulement de dehors en dedans et ne favorise la concentratiou de ce fluide sur un organe central. Si lorsque cette femme était soumise à l'influence de cette cause extérieure elle a éprouvé de fortes douleurs, le raptus sanguin a dû s'opérer bien plus rapidement encore et déterminer la rupture de quelques artères cérébrales. C'est ainsi que nous nous rendons compte de l'accident arrivé à cette femme, et suivant la personne de qui nous

tenons le fait, ce fut l'explication donnée par le professeur qui dirigeait alors la Clinique de la maternité.

Nous pourrions rapporter plusieurs autres observations analogues et qui prouveraient qu'un grand nombre de causes peuvent produire un hémorrhagie cérébrale pendant le travail de l'accouchement. C'est ainsi qu'une colère violente, un chagrin profond, une grande frayeur occasionnent une apoplexie promptement mortelle. Les grandes douleurs qui accompagnent certains accouchemens laborieux chez des femmes précédemment affaiblies par de longues souffrances, déterminent une rupture subite de quelques artères de la base du cerveau et font périr la malade entre les mains de l'opérateur. Nous ne pourrions sans donner beaucoup d'extension à ce travail, rapporter des faits à l'appui de chacune de ces allégations. Ou conçoit parfaitemeut quelle sorte d'influence des causes de cette nature peuvent exercer. L'histoire de l'apoplexie en général comprend au nombre des causes les plus puissantes toutes les impressions morales très-vives ; la grossesse mettant les femmes dans des conditions favorables au développement de cette maladie, rend très-efficace tout ce qui tend à transporter dans la crâne une quantité de saug que ne comportent pas les besoins de l'organe qui y est coutenu.

De la connaissance de ces causes résultent des indications évidentes et que le médecin doit s'empresser de remplir. Lorsque les signes de pléthore persistent jusqu'à la fin de la grossesse malgré les précautions employées pour les combattre, il faut redoubler d'attention aussitôt que débute le travail. Si ces douleurs sont accompagnées des accidens dont nous avons parlé, on doit pratiquer des saignées copieuses et favoriser l'accouchement par tous les procédés qu'autorise la saine pratique. Si des symptômes particuliers ont fait reconnaître l'existence d'un anévrysme du

cœur, la saignée est encore plus impérieusement indiquée, et l'on ne trouvera pas une raison suffisante de s'en abstenir dans l'œdême plus ou moins général qui l'accompagne d'ordinaire. Bien entendu que dans ce cas les évacuations sanguines seront proportionnées à la vigueur du sujet et aux autres circonstances de la maladie. Si la malade est affectée d'épilepsie ou d'autres accidens qui indiquent une lésion ancienne et profonde du cerveau, il faudra encore prévenir les congestions vers cet organe, car il en souffrirait d'autant plus qu'il est plus gravement altéré et depuis plus long-temps. Si enfin on trouve dans les circonstances extérieures, soit physiques, soit morales, des motifs de craindre une concentration active du sang vers l'encéphale, on s'efforcera d'en prévenir les désastreux effets par toutes les précautions que fournissent l'observation des règles hygiéniques et la connaissance des facultés morales de l'individu.

Il nous reste maintenant à examiner l'hémorrhagie cérébrale qui survient après l'accouchement. Nous avons vu que chez les femmes enceintes, cette maladie se développe par le seul fait de l'état pléthorique que comporte la grossesse, ou bien à l'occasion de quelque lésion spéciale du cerveau, qui devient alors cause occasionnelle. Nous avons également vu que pendant le travail, l'apoplexie était le résultat immédiat de l'afflux du sang vers le cerveau causé par les efforts mêmes de l'accouchement; nous avons dit aussi que cela pouvait dépendre de l'influence extérieure de certains agens qui augmentaient encore l'action de ces efforts, etc; nous verrons dans les cas suivans des effets analogues dépendant de cause semblable ou différente, et nous chercherons à apprécier leur valeur avec tout le soin possible. L'observation suivante, prise dans le recueil de Mauriceau servira de transition entre les précédentes et celles qui doivent suivre. L'invasion de

la maladie n'est pas précisée avec assez d'exactitude pour nous permettre de la placer dans l'une ou dans l'autre classe. Elle doit rester sur les limites de chacune d'elles, le lecteur la jugera et lui assignera un rang convenable (1).

Obs. V.e — Une jeune femme de vingt-cinq ans, *à la suite* d'un accouchement à terme, *tomba en une espèce d'apoplexie* qui fut suivie de *la paralysie de la moitié droite du corps.* Cette paralysie contre laquelle on mit en usage une foule de moyens, s'affaiblit peu-à-peu, mais le membre inférieure, dix-huit mois après l'accident, était encore immobile et presque insensible. Je passe sous silence le reste de l'observation qui, quoique fort curieux, n'a aucun rapport direct avec le sujet dont nous nous occupons.

En rapportant ce fait comme un exemple d'apoplexie pendant ou après l'accouchement, nous ne prétendons pas lui attribuer plus d'importance qu'il n'en a réellement. La sévérité que mettent les modernes dans le choix des faits destinés à servir de base aux opinions médicales, doit nous rendre circonspect; cependant on aurait tort de rejetter comme inutiles un grand nombre d'histoires de maladies rapportées par les anciens auteurs, parce qu'elles manquent de détails assez circonstanciés. Dans le cas dont parle Mauriceau, une *espèce d'apoplexie* accompagnée *d'hémiplégie complète*, s'est développée à la suite de l'accouchement. Cette paralysie, dont la guérison s'est opérée sous l'influence des efforts de l'art ou par les ressources de la nature, a suivi la marche ordinaire des affections de ce genre. Nous croyons donc qu'il y a eu apoplexie. Mais comment est-elle survenue? quelle cause l'a produite? l'observation ne contient aucun renseignement à cet égard. Nous nous abstiendrons donc de toute réflexion. D'autre

---

(1) *Op. cit.*, tom. II, pag. 513, obs. 625.e

faits plus concluans vont le présenter et nous en apprendront davantage.

Obs. VI[me]. (1) Le même auteur rapporte l'histoire d'une femme enceinte pour la troisième fois, et qui, dès le commencement de sa grossesse, éprouva une grande douleur de tête. Cette douleur persista malgré tout ce qu'on pût faire, il y eut également plusieurs hémoptysies abondantes; à sept mois et demi, à l'occasion d'un violent effort avec les bras, elle sentit un craquement subit dans son ventre; il survint alors une fièvre *double tierce continue;* le ventre devient douloureux et toute la surface du corps se teignit en jaune. Elle accoucha à huit mois d'un enfant bien portant. Une saignée du bras avait été pratiquée la veille, l'accès de fievre manqua, et le travail fut assez facile. Six heures après l'accouchement, elle tomba dans un profond *assoupissement léthargique*, qui s'étant augmenté, se convertit en une *vraie apoplexie,* laquelle la fit mourir au troisième jour de sa couche. Mauriceau fit pratiquer plusieurs saignées au bras et au pied; il fit beaucoup d'autres remèdes, mais sans succès. L'ouverture du cadavre ne fut pas faite.

Cette dernière circonstance, toute fâcheuse qu'elle soit, ne nous paraît pas devoir frapper de nullité une observation à cela près fort intéressante. Les causes éloignées de la maladie sont indiquées avec soin, tous les accidens d'une grossesse laborieuse sont énumérés d'une manière exacte; en un mot, on ne manque d'aucune des circonstances propres à éclairer le diagnostic. Cette céphalée opiniâtre indique une tendance à un travail morbide dans le cerveau; une dernière imprudence donne lieu à un accouchement prématuré, et dans les jours qui précédent cet évènement, une *fièvre double tierce* accompa-

(1) Tome II, page 570, obs. 700.

gnée d'ictère, vint aggraver la situation de la malade, et rendre plus aisée une concentration morbide sur un organe déjà altéré. Mais de quelle nature est l'accident survenu six heures après l'accouchement? Mauriceau n'indique aucune cause immédiate. On peut en inférer qu'il n'y en a pas eu ; car l'observation est assez détaillée pour donner à croire qu'il n'eût pas passé sous silence une chose aussi notable. Nous savons bien qu'un épanchement séreux dans les ventricules cérébraux, ou une forte congestion de même nature dans les méninges, peuvent donner lieu à cet *assoupissement léthargique* dont parle notre auteur. L'invasion subite de la maladie ne suffirait pas même à nos yeux pour caractériser l'apoplexie d'une manière absolue. Cependant nous croyons qu'il y a eu hémorrhagie cérébrale, et nous en trouvons la preuve dans la ressemblance frappante qui existe entre ce fait, et ceux que nous allons rapporter.

Le premier est extrait de la Thèse de notre ami et collègue le docteur Leloutre. Il est précédé et suivi de réflexions judicieuses sur la pléthore des femmes enceintes, et sur les accidens auxquels elle peut donner lieu. C'est la première observation de ce genre qui ait été publiée à notre connaissance, et nous nous plaisons à reconnaître que c'est elle qui nous a fourni l'idée de ce travail. La seconde nous appartient en propre, et l'on verra qu'elle n'offre pas un moindre intérêt que les précédentes.

Obs. VII.e — Une femme de trente-cinq ans, primipare, de taille moyenne et peu robuste, tourmentée depuis six semaines par un œdème considérable des membres inférieurs, entra à l'Hôtel-Dieu le 18 novembre 1824. Elle était à terme et le travail avait commencé d'une manière régulière. Après la rupture des membranes, une seule douleur eut lieu, et malgré que ce fût un premier accouchement, que la femme eût trente-cinq ans, et que

les grandes lèvres fussent énormement gonflées, le fœtus et l'arrière-faix furent expulsés en masse. L'enfant se portait bien; l'utérus revint promptement à un volume convenable. Une médiocre quantité de sang en partie coagulé s'écoule du vagin, le pouls est calme, la malade se trouve bien, elle se félicite de son heureuse délivrance. Seulement l'expression de son visage et la vivacité de ses expressions indiquent une certaine exaltation dans les idées.

Quatre heures après l'accouchement, la malade perd connaissance, sans qu'on ait aperçu aucun phénomène précurseur. Respiration stertoreuse, face pâle, non déviée. Les paupières sont fortement rapprochées, les pupilles contractées; une salive écumeuse sort de la bouche; peau généralement insensible; flexion et raideur des avant-bras. (*Sinapismes aux mollets, compresses imbibées d'oxycrat sur la tête*). Mort six heures après l'invasion des symptômes cérébraux.

Autopsie cadavérique, trente-six heures après le décès. — Le cerveau est volumineux, il distend les membranes d'enveloppe; ses vaisseaux extérieurs sont vides, les circonvolutions applaties et effacées. Il y a évidemment compression de dedans en dehors. Le septum médian est détruit, et les deux ventricules latéraux sont largement distendus par une grande quantité de sang en partie coagulé. La couche optique gauche, profondément déchirée, est la source de cette hémorrhagie. Les autres cavités ont été ouvertes et explorées avec soin. On n'y a rien trouvé qui ne fut normal.

A la suite de cette observation intéressante, l'auteur expose différentes réflexions sur les circonstances principales qui l'ont accompagnée. Il parle de la congestion cérébrale que l'on remarque à la suite des violentes douleurs pendant le travail, et qui, ainsi que ces douleurs elles-mêmes, revient d'une manière intermittente et

s'accompagne de phénomènes convulsifs et comateux. Suivant M. Leloutre, il existe un rapport direct entre l'intensité de cette congestion et la violence des efforts causés par la douleur. En conséquence, il lui semble que c'est l'effort violent et prolongé par lequel la malade s'est complètement délivrée, qui a déterminé chez elle la rupture des vaisseaux cérébraux, et par suite une hémorrhagie promptement mortelle.

Pour que cette opinion fût admissible, il faudrait, selon nous, que l'état comateux eût suivi immédiatement l'action de la cause qui a produit cet état. Or, il s'est écoulé quatre heures entre l'accouchement et l'invasion des symptômes. A moins de supposer que la rupture des vaisseaux se soit opérée successivement et avec lenteur, et d'un autre côté, que l'hémorrhagie ait eu lieu peu-à-peu, on ne rendra pas compte de l'intégrité des fonctions sensoriales et des facultés intellectuelles. Il y avait bien une exaltation remarquable dans les idées; mais cet état, si commun chez les femmes nouvellement accouchées, s'explique assez sans qu'il soit besoin de lui donner pour cause une hémorrhagie cérébrale commençante.

La gravité des accidens, l'étendue du désordre, la déchirure du septum médian, et la promptitude de la mort, tout indique, selon nous, une rupture subite, un épanchement en masse, en un mot, une apoplexie foudroyante. M. Leloutre, qui regarde son hypothèse comme très-fondée, ajoute : S'il n'en est pas ainsi, je ne sais quelle cause assez puissante aura produit cette grave hémorrhagie chez une femme dont les vaisseaux du cerveau étaient dans l'état d'intégrité qu'ils présentent, pour l'ordinaire, chez les sujets de son âge. » Sans doute cette cause n'est pas facile à expliquer, surtout quand il s'agit d'une malade arrivée dans un hôpital seulement pour y accoucher, et sur laquelle on manque le plus souvent de renseigne-

mens exacts. De longs chagrins, des privations de toute espèce ont pu rendre encore plus pénible une grossesse laborieuse ; une impression morale survenue après l'accouchement a peut-être donné lieu à cette irruption du sang vers la tête. Les accouchées de l'Hôtel Dieu, recevant des visites du dehors, sont exposées à voir des personnes dont la présence leur déplaît, ou qui leur apportent sans ménagemens les plus fâcheuses nouvelles. Nous insistons à dessein sur ces causes, parce que plusieurs fois nous avons eu l'occasion d'en observer les fâcheux effets.

Ce serait ici la place d'une autre observation de Mauriceau, qui se trouve sous le n.° 54 dans le supplément au deuxième volume. Il s'agit d'une femme âgée de plus de quarante-cinq ans, fort replette, qui accoucha à terme de son vingt-unième enfant. Aucun accident ne survint jusqu'au quatrième jour, mais alors elle fut frappée d'une si violente apoplexie, qu'elle succomba quelques heures après. Il n'y a pas d'autres détails. Aussi ne mentionnons-nous le fait que pour mémoire. Du reste, l'âge avancé du sujet, son obésité, se rapportent bien à ce que nous avons rencontré chez la plupart des autres malades. Mais continuons notre examen, et cherchons de nouvelles lumières dans des cas recueillis avec plus de soin. L'observation suivante prouve jusqu'à quel point certaines impressions trop vives peuvent déterminer de graves accidens chez les femmes accouchées depuis peu de temps.

Obs. VIII. — Une femme de quarante ans, robuste, enceinte pour la troisième fois, fut atteinte, au quatrième mois de sa grossesse, d'un œdême énorme des pieds, des jambes, et peu-à-peu de tout le corps. Au septième mois, elle entra à l'Hôtel-Dieu, tourmentée par une dyspnée excessive, ne pouvant ni manger, ni dormir, ni même se

coucher. Les grandes lèvres étaient très-volumineuses. Pendant trois semaines on donna des laxatifs, des diurétiques, mais sans aucun avantage. Mais alors le travail se déclara. Après la rupture des membranes et l'écoulement du liquide amniotique, les deux talons se présentèrent sous la symphyse des pubis. Je terminai de suite l'accouchement. L'enfant donna à peine quelques signes de vie; il était infiltré et dur, de même que le placenta et le cordon. Cet état paraissait résulter de la longue macération à laquelle ces organes avaient été soumis.

Pendant les six jours qui suivirent l'accouchement, tout se passa dans l'ordre; mais à cette époque, une femme placée dans un lit voisin étant morte à la suite de convulsions violentes, elle fut effrayée de cette mort, et se plaignit bientôt d'une vive céphalalgie, elle pleura beaucoup. Le soir je la trouvai fort agitée; elle accusait une douleur fixe au côté gauche du front; le ventre était tendu, les lochies supprimées, il y avait beaucoup de fièvre. *(Vingt sangsues à la vulve, sinapismes aux cuisses, lavement purgatif, cataplasmes émolliens sur le ventre, julep diacode, tisane pectorale.)*

Le deuxième jour, nuit mauvaise, cris, agitation extrême. Le matin, déviation de la face à gauche, langue irrégulière, inclinée à droite, pupilles dilatées, bras droit peu mobile; il se contracte dès qu'on veut l'étendre. La sensibilité, en général un peu obtuse, persiste partout. Respiration stertoreuse; écume à la bouche; la main gauche se porte sans cesse vers le front. (*Large séton à la nuque; vingt sangsues derrière chaque oreille; le reste à l'ordinaire.*)

Le 3.e jour. Stertor plus bruyant, coma profond, dédolation générale; contractures violentes dans les deux bras, aussitôt qu'on veut les mouvoir. (*Calomel, dix grains dans un julep huileux, vésicatoire entre les*

épaules.) Le soir, sueurs abondantes, pas d'évacuations, affaissement extrême, insensibilité générale.

Le 4.e jour. Mort à huit heures du matin.

Autopsie cadavérique, vingt-six heures après la mort. — Embonpoint énorme, mamelles gonflées; paupière droite baissée, la gauche levée. Tous les membres offrent une égale résolution.

Les membranes d'enveloppe du cerveau sont fortement distendues; infiltration sous-séreuse limpide, jaune et très-abondante. Ecchymoses brunes sur quelques circonvolutions; elles sont superficielles. La substance blanche est fortement ponctuée en noir. Le ventricule gauche est rempli par un caillot qui a le volume d'un œuf de poule; il est solide et situé en dehors et en avant du corps strié, dont toute la partie antérieure et externe est détruite. La surface interne du ventricule offre une sorte d'exsudation grise, pultacée et teinte çà et là par la matière colorante du sang. Le septum est intact, quoique très-déprimé de gauche à droite; les artères de la base du crâne sont saines. On a ouvert toutes les autres cavités, et l'on n'y a rien rencontré qui ne fût absolument dans l'état naturel.

Cette dernière observation diffère beaucoup de toutes celles qui précèdent, d'abord par le temps qui s'est écoulé entre l'accouchement et l'invasion des symptômes cérébraux, ensuite parce que ces derniers phénomènes se sont développés sous l'influence d'une cause connue. Sous ce rapport, elle est plus complète et plus concluante que toutes les autres. Il y a une succession naturelle de causes et d'effets capable de jeter du jour sur beaucoup de points qui resteraient sujets à contestation. Essayons d'en analyser les principales circonstances.

Les premiers symptômes observés sont la céphalée frontale gauche, l'agitation et même un peu de délire. Il y a dans cet état la preuve, non-seulement d'une conges-

tion cérébrale, mais d'une altération locale déjà grave. Quand on se rappelle la disposition des artères de la base du cerveau, surtout le nombre et le volume des branches ascendantes qui pénètrent dans le corps strié, on ne peut douter un instant que toute céphalalgie frontale un peu forte qui occupe un point circonscrit et qui y persiste, ne soit le résultat d'une congestion sanguine dans cet endroit. Lorsqu'en vertu d'une cause quelconque cette congestion dure un certain laps de temps, il est naturel de penser qu'à la distension des vaisseaux succède une altération plus ou moins profonde de leurs parois. On peut même admettre comme conséquence de cette altération, une lésion de la substance cérébrale environnante. Ces deux circonstances n'ont pas besoin de se rencontrer à un haut degré pour favoriser la rupture des canaux artériels, et par suite, une hémorrhagie abondante. C'est sans doute de cette manière qu'il faut entendre l'opinion de M. Rochoux sur la nécessité d'une altération cérébrale qui doit précéder, selon lui, la rupture des vaisseaux. On ne dira pas que notre malade avait un ancien ramollissement du corps strié gauche, puisque nul symptôme ne s'était manifesté avant la vive frayeur dont elle fut frappée. Admettra-t-on que le temps écoulé entre cette cause et les premiers effets observés soit suffisant pour que ce ramollissement ait eu lieu? Mais la chose est presque instantanée, et l'on peut, avec raison, révoquer en doute l'existence d'une altération aussi grave, quand elle n'a été annoncée par aucun signe. La céphalée, l'agitation, les cris, le délire annoncent bien l'irritation profonde d'une partie de l'encéphale; mais tout cela peut persister long-temps sans produire le ramollissement inflammatoire. Sous l'influence d'une cause quelconque, les artères qui traversent le corps strié se rompent, le sang s'épanche dans les ventricules, et dès-lors, les

symptômes résultant de la déchirure du cerveau et de sa compression deviennent apparens. D'ailleurs nous ne voyons pas la nécessité d'admettre un affaiblissement dans la cohésion des parties qui environnent un artère, pour rendre compte de la rupture de ses parois. Ces organes, dans le cerveau, ont beaucoup moins de consistance que dans la plupart des autres viscères, et comme il est justement celui qui peut offrir le plus d'accidens de circulation, c'est aussi dans sa substance que les épanchemens sanguins sont plus fréquens. Une vive frayeur chez une femme nouvellement accouchée, apportant un grand trouble dans les mouvemens du cœur ainsi que dans les fonctions respiratoires, détermine un afflux de sang vers le crâne, et bientôt une véritable hémorrhagie, si quelque circonstance locale vient à la favoriser. Nous avons vu l'apoplexie survenir quatre heures, six heures, quatre jours, six jours après l'accouchement. Nous pourrions augmenter cette série, en rapportant une observation de Puzos. Elle a pour objet une dame, qui, accouchée très-heureusement pour la 2e ou 3e fois, fut frappée d'apoplexie le 14e jour, bien que tout se fût passé de la manière la plus régulière. Il y avait hémiplégie complète. Un traitement rigoureux sauva la malade, mais ne détruisit pas complètement la paralysie. Une nouvelle grossesse donna lieu à de graves accidens, mais on prévint la rechute complète par les saignées et les purgatifs. L'accouchement et ses suites faillirent faire périr la malade, mais le célèbre praticien cité plus haut se rendit maître des accidens. Cette observation se trouve dans le Mémoire sur les dépôts laiteux, *page* 139.

Après avoir discuté à la suite de chaque observation les différentes particularités qu'elles présentaient, il convient d'examiner maintenant d'une manière générale les causes de l'apoplexie qui survient pendant et après l'ac-

couchement, ses symptômes, ses terminaisons et son traitement. Nous n'aurons égard dans ces recherches qu'aux modifications spécialement imprimées à la maladie par l'état puerpéral.

On a dû remarquer que les femmes qui ont fourni les observations précédemment rapportées, ont de trente à quarante ans; qu'en général elles étaient enceintes pour la seconde ou la troisième fois; que la grossesse avait été laborieuse, accompagnée d'œdême partiel ou général, de céphalalgie, de dyspnée et d'autres accidens plus ou moins graves. On n'aura pas oublié non plus que plusieurs d'entre elles, arrivées à la fin du septième ou du huitième mois, s'étaient livrées à quelque violent exercice, lequel avait donné lieu à un accouchement prématuré. Il résulte encore du rapprochement des faits, que le travail a été facile, régulier, et que la délivrance complète a été très-prompte. Enfin les symptômes apoplectiques se sont manifestés, soit pendant le travail, soit quelques heures ou quelques jours après, sous l'influence d'une impression morale, ou bien sans aucune cause appréciable. Tel est en peu de mots le résumé des faits qui précèdent. Tâchons de nous rendre compte des circonstances principales.

L'âge constamment assez avancé de nos malades doit être considéré comme une cause prédisposante, soit qu'on lui attribue l'affaiblissement des parois artérielles, soit qu'il augmente la force impulsive du ventricule aortique. Il est aussi d'observation que l'œdême des membres inférieurs est plus fréquent chez les femmes enceintes qui ne sont plus jeunes. Cela prouve que la circulation veineuse se fait difficilement dans l'abdomen ou dans les cavités droites du cœur, et ces causes de dyspnée ou de congestion sanguine favorisent puissamment les hémorrhagies cérébrales.

Nous n'avons que peu de renseignemens sur les grossesses antécédentes, aussi ne pouvons-nous savoir pourquoi l'apoplexie est survenue après le deuxième ou le troisième accouchement. Il serait assez important de connaître comment se sont faits les précédens, parce que, s'ils ont été longs et laborieux, la violence des douleurs aura pu donner lieu à de fortes congestions cérébrales, et prédisposer les malades à un accident plus grave sous l'influence d'une cause de même nature. Chez celle qui avait un anévrysme actif du cœur, dépendant peut-être d'un des accouchemens antérieurs, on s'explique sans peine la promptitude de l'invasion de la maladie et la gravité des désordres. Mais cette femme est la seule qui ait présenté une lésion du système vasculaire; il faut donc chercher ailleurs une cause applicable à un plus grand nombre de cas.

L'œdême et la dyspnée offerts par plusieurs malades ont déjà fourni matière à des réflexions, nous n'y reviendrons pas. La céphalalgie ne nous a pas paru devoir être admise comme symptôme carastéristique de l'apoplexie, mais bien comme un indice problable d'une congestion active qui peut se terminer par l'épanchement.

En général la grossesse n'a pu arriver à son terme naturel, et l'avortement a eu lieu pendant le septième ou le huitième mois. Le plus souvent cet accident a été provoqué par une imprudence grave ou par quelque lésion d'une fonction importante. Mais en quoi un accouchement prématuré peut-il influer sur la production d'une hémorrhagie cérébrale? On s'en rendrait bien compte si le travail eût été long et très-pénible; mais presque toujours, au contraire, il a été rapide et peu douloureux.

Telles sont les causes qui paraissent concourir d'une manière plus efficace à développer l'apoplexie pendant et après l'accouchement. On voit qu'aucune d'elles ne semble

vraiment efficiente, et qu'elles constituent plutôt un état pathologique général, une sorte d'idiosyncrasie morbide en vertu de laquelle l'hémorrhagie cérébrale s'opère sans qu'il y ait pour ainsi dire de raison suffisante : l'économie toute entière se trouve modifiée par la grossesse, par la série d'accidens qui l'accompagnent, par un accouchement rapide arrivé avant terme, et à la suite de ces diverses circonstances, le cerveau, devenu un centre de fluxion habituelle, ne peut plus résister à la masse de liquides qui l'envahit. Examinons maintenant les symptômes qui précèdent ou qui accompagnent l'invasion de la maladie.

Lorsque l'apoplexie n'est pas subite, la céphalée à point fixe est le symptôme précurseur le plus important, et il faut se hâter d'y remédier. Elle débute tout-à-coup et bientôt elle absorbe toutes les facultés du malade. Une main touche sans cesse l'endroit douloureux, et ce mouvement instinctif persiste lors même que la connaissance est détruite et que les fonctions du système musculaire paraissent entièrement perverties. Cette douleur de tête peut persister plus ou moins long-temps, et enfin on voit se déclarer les symptômes propres à l'apoplexie : un coma profond, une distorsion de la face, l'hémiplégie plus ou moins complète, des convulsions partielles etc. Nous ne nous étendrons pas sur la description de chacun de ces symptômes, parce que l'état puerpéral ne leur imprime aucune modification importante. Nous nous contenterons de faire observer que ces mêmes symptômes ne nous ont pas paru suffisans pour conduire au diagnostic d'une lésion de telle ou telle autre partie du cerveau. La déchirure du corps strié n'a pas toujours donné lieu à la paralysie de la jambe opposée, de même que celle de la couche optique ne s'est pas toujours accompagnée de la résolution du bras de l'autre côté. Des ruptures survenues à droite ou à gauche, ou bien des deux côtés à la fois, ont donné

lieu à des convulsions, à des contractures, ou à des pertes plus ou moins complètes du mouvement et du sentiment. En général, la complication des symptômes, la paralysie ou la contracture des paupières, la dilatation des pupilles, le stertor annonçaient une lésion très-grave du cerveau, sans que l'on pût indiquer avec précision ni sa nature, ni son siège.

Nous avons noté avec soin la suppression des lochies chez une de nos malades, et cette circonstance est fort importante. Il s'agirait de déterminer si cette suppression doit être considérée comme la cause ou le symptôme de l'hémorrhagie cérébrale. Ce phénomène a été observé chez la femme qui était accouchée depuis six jours. Or à cette époque, le flux utérin n'offre déjà plus les qualités du sang, c'est un liquide blanchâtre, rosé, séro-muqueux et peu abondant. La suspension de son cours ne peut plus causer un refoulement dangereux dans la masse des liquides; je pense donc que dans ce cas la suppression des lochies est un symptôme de l'affection cérébrale. Elle est d'ailleurs accompagnée d'un gonflement du ventre qui dépend de l'accumulation des gaz dans l'intestin; les évacuations de toute espèce sont supprimées et l'on pourrait croire au développement d'une péritonite. Les affections cérébrales aiguës ont souvent pour effet de paralyser les muscles de la vie organique. Si l'un des premiers accidens de l'apoplexie est le vomissement et l'expulsion involontaire des fécès et de l'urine, souvent aussi il arrive peu de temps après que la vessie et le rectum cessent toute action. Ces deux organes se laissent distendre par les matières excrétées et deviennent le siège de lésions graves si l'on ne s'attache pas à les prévenir. Je pense que les troubles qui surviennent dans les fonctions du rectum, de la vessie, et de l'utérus, sont sous la dépendance d'une seule et même cause, c'est-à-dire, le grave désordre arrivé dans l'encé-

phale. Cette conclusion est diamétralement opposée aux idées de presque tous les accoucheurs du 17.e et du 18.e siècle. Les maladies laiteuses, parmi lesquelles figure l'apoplexie, ont été considérées par Puzos, Levret, Deleurye, Burton, Denman, Petit et Gastellier, comme le résultat immédiat de la rétropulsion du lait. Il serait difficile d'admettre cette opinion pour les apoplexies qui surviennent quelques heures après l'accouchement, de même que pour celles qui arrivent après la fièvre de lait, et lorsque les lochies ne forment plus qu'un léger écoulement. L'anatomie pathologique a fait justice de ces erreurs.

Je n'ai pas insisté jusqu'ici sur le mouvement fébrile qui paraît en même temps que la céphalalgie, mais qui n'est pas de longue durée. En général, le pouls s'affaiblit promptement, et cette circonstance seule indique la gravité de la maladie. Les évacuations sanguines indiquées si impérieusement lors de l'invasion des premiers symptômes, ne peuvent bientôt plus être pratiquées, et l'ouverture des veines ne fournit plus que quelques cuillerées de sang.

La durée de la maladie ne s'étend guère au-delà de deux ou trois jours. La mort arrive quelquefois au bout de quelques heures. Dans les cas de guérison, qui sont rares, la paralysie d'une jambe ou d'un bras persiste plus ou moins long-temps, une année et même davantage. Le pronostic est d'autant plus grave, que la maladie est survenue plus rapidement et que les symptômes de paralysie sont plus étendus. Il faut encore avoir égard aux accidens qui ont compliqué la grossesse et aux lésions organiques dont l'existence a été reconnue.

On a trouvé à l'autopsie cadavérique de graves lésions des couches optiques, des corps striés, de la partie correspondante des ventricules, du septum médian, et de toute la surface intérieure du cerveau; en même temps les méninges étaient le siège d'injections sanguines ou d'in-

filtrations séreuses plus ou moins considérables. On a toujours rencontré les artères du cerveau dans l'état naturel. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace d'épanchemens sanguins plus anciens, ni de ramollissemens inflammatoires ou de toute autre espèce.

Nous avons déja, à la suite des deux premières parties de ce travail, indiqué les conséquences pratiques qui en résultent. Il nous reste donc à établir les règles du traitement de l'apoplexie qui survient après l'accouchement. Tous les auteurs qui ont traité des maladies des femmes en couches recommandent de les soustraire à l'influence des causes physiques ou morales qui peuvent leur causer des impressions fortes. Les soins éclairés de l'hygiène et de la médecine prophylactique parviendront à les écarter ou à diminuer leur action dangereuse ; l'exaltation des idées, l'expression du visage, rendront le praticien attentif, en lui annonçant une irritation cérébrale qu'une cause légère peut transformer en apoplexie. Les dérivatifs seront employés avec vigueur, on pratiquera de copieuses saignées locales ou générales, et l'on ne négligera pas de tenir le ventre libre. Une stimulation légère du gros intestin ne peut qu'être avantageuse en révulsant sur le basventre une irritation portée vers le cerveau. Si malgré ces moyens la tendance aux congestions encéphaliques augmentait, on redoublerait d'activité dans l'emploi des saignées, on appliquerait de nombreuses sangsues à la vulve, derrière les oreilles, on plaçerait de larges sinapismes aux membres inférieurs, et l'on n'hésiterait pas à donner quelques purgatifs.

On peut conclure de tout ce qui précède, que l'état puerpéral, pris dans son acception la plus étendue, est assez souvent la cause première d'une apoplexie qui offre des caractères spéciaux. En considérant l'apoplexie puerpérale comme genre, on trouverait dans les trois parties

de notre travail l'indication précise de trois espèces marquées chacune par des causes différentes, la pléthore existant pour toutes: l'hémorrhagie cérébrale des femmes grosses dépendrait spécialement de l'obstacle apporté au cours du sang vers les membres pelviens, par l'ampliation du corps de la matrice; celle des femmes qui accouchent arriverait sous l'influence de la même cause, plus les efforts violens que nécessite l'expulsion du fœtus; enfin celle des femmes accouchées depuis peu serait causée par l'action de quelque agent extérieur, soit physique, soit moral, et qui aurait pour résultat d'imprimer une vive secousse à toute l'économie. Dans cette dernière espèce, la reproduction d'une des causes signalées dans les deux autres agit avec une très-grande efficacité. Il est certain néanmoins que l'accident peut survenir sans aucune cause apparente.

Ces distinctions, qui sont loin d'être spéculatives, apportent peu de changemens dans les indications thérapeutiques. En vain Levret et Ant. Petit insistent-ils, dans les deux premiers cas, sur la nécessité des saignées de pied de préférence à celles du bras; l'essentiel c'est d'ouvrir une veine quelconque et le plus tôt possible. Or, celles du bras étant presque toujours plus apparentes et plus grosses, elles deviennent par cela même préférables. Dans la troisième espèce d'apoplexie, on aurait raison de choisir les saphènes, d'abord, parce que le corps de l'utérus ne gène plus la circulation dans les membres inférieurs, ensuite, parce que en vidant ces vaisseaux on y déterminerait un afflux de sang qui pourrait rappeller le cours des lochies supprimées, ou les rendre plus abondantes si elles coulaient encore. La saignée forme donc la base du traitement, et les seules exemples de succès obtenus dans ces cas graves sont dus à la persévérance avec laquelle Mauriceau et Puzos y ont eu recours. Il ne faut pas négliger

les remèdes accessoires indiqués précédemment, parce que l'on ne saurait trop multiplier les moyens curatifs contre une affection de cette nature.

L'impression de ce mémoire était presque achevée, lorsque nous avons reçu de notre ancien collègue et ami, M. Larcher, une note qui nous a paru trop importante pour ne pas en enrichir notre travail; elle s'y rattache d'ailleurs d'une manière si directe, qu'elle paraît de nature à en former la base. Il s'agit d'une observation faite sur un très-grand nombre de femmes mortes à différentes époques de la grossesse, ou peu de temps après l'accouchement. Chez presque tous les sujets placés dans ces circonstances, le ventricule gauche est évidemment hypertrophié. Suivant Laennec, les parois de ce ventricule doivent avoir une épaisseur un peu plus que double de celle des parois du ventricule droit. D'après les recherches de M. Larcher, cette proportion est presque constamment augmentée pendant l'état puerpéral, et l'augmentation varie depuis un quart jusqu'à un tiers en sus. Le ventricule droit et les oreillettes conservent leur épaisseur normale; le ventricule gauche, seul, devient plus épais, plus ferme et d'un rouge plus vif.

En admettant le fait, on voit de suite quelles sont les conséquences qui en découlent. Que l'hypertrophie soit la cause ou l'effet de la pléthore, toujours est-il qu'elle imprime au mouvement circulatoire une énergie qui explique tous les accidens de la grossesse. La même cause qui préside à l'accomplissement des phénomènes physiologiques de la gestation et de ses suites, détermine aussi les troubles pathologiques dont nous nous sommes occupés. La plupart des explications que nous avons données dans le cours de ces recherches, se trouvent ainsi confirmées. Nous devons dire cependant que parmi les autopsies

de femmes en couches que nous avons faites ou vu faire, il n'en est qu'un petit nombre où nous ayons noté l'augmentation d'épaisseur du ventricule gauche. Il est vrai que notre attention se portant de préférence sur d'autres organes, la chose a pu nous échapper. M. Schedel, qui a fait à l'Hôtel-Dieu pendant deux ans le service des femmes en couches, n'a pas fait les mêmes remarques que M. Larcher. Mais cela ne peut constituer une objection. Toutes les personnes qui ouvrent des cadavres, savent avec quelle facilité certaines lésions échappent à des yeux non prévenus. Il faut donc examiner la chose avec tout le soin que mérite son importance réelle, et le temps n'est pas éloigné où l'on saura d'une manière exacte ce que l'on en doit penser.

Recherches anatomiques et pathologiques faites au clos d'écarissage de Montfaucon, pendant le dernier semestre 1827 *et le premier trimestre* 1828; *par MM.* Leblanc, *médecin vétérinaire à Paris, et* Trousseau, *docteur et agrégé de la Faculté de Médecine de Paris.* (IIme Mémoire.)

Ier article. — *De l'inflammation chronique ou sub-inflammation.*

Lorsque l'inflammation s'est emparée d'un tissu où la vie est fort active, généralement elle marche promptement, et parcourt en peu temps toutes ses périodes; mais si le tissu contient peu de vaisseaux, peu de nerfs, si sa trame est fort serrée, alors la phlegmasie s'y développe lentement, et met quelquefois plusieurs mois à parcourir l'intervalle qui sépare la simple congestion sanguine de la suppuration. Dans ce cas l'inflammation est au-dessous du type où nous l'observons communément; l'école physiologique l'a nommée *sub-inflammation*; dénomination pleine de justesse (1). Le mot *inflammation chronique* doit

(1) Remarquons pourtant que le mot *inflammation*, purement

plutôt désigner, l'état sub-inflammatoire qui succède à une phlegmasie aiguë. Toutefois dans le cours de ce mémoire nous emploierons indifféremment l'une et l'autre dénominations. Cependant la sub-inflammation peut exister et s'observe même très fréquemment dans les parenchymes doués de la vitalité la plus énergique, soit que l'irritamentum ne soit que peu actif, soit qu'il ne s'applique qu'aux élémens de ce parenchyme qui ont eux-mêmes reçu de la nature une part de vie beaucoup moindre.

Qu'il y ait inflammation, sub-inflammation ou inflammation chronique, les phénomènes principaux n'en sont pas moins les mêmes, et nous retrouvons partout, *afflux sanguin*, et quelquefois *chaleur* et *douleur*. Au début de la sub-inflammation, on rencontre presque toujours un état de congestion sanguine qui, bien que peu marqué, n'en permet pas moins de conclure qu'un irritamentum appelle dans ce point des fluides plus abondans. Bientôt l'afflux devient plus évident par la tuméfaction de la partie sub-enflammée : il n'est pas toujours nécessaire que l'on y voie des canaux remplis de cruor; les élémens du sang peuvent affluer et circuler dans des capillaires qui n'admettent pas de globules cruoriques. Mais jamais afflux sanguin n'existe dans une partie, que bientôt les élémens du sang ne s'épanchent dans le tissu. Or, il va se passer ici avec lenteur ce qui se passe plus rapidement quand l'inflammation est aiguë. Il s'épanche un peu de sérosité albumineuse et fibrineuse, le sérum se résorbe, la fibrine s'organise, l'albumine, qui ne s'organise qu'avec difficulté, livre à l'absorption ses parties les plus aqueuses, et reste infiltrée dans le tissu : cependant comme *l'irritament*

---

métaphorique, ne désigne rien, pas un seul phénomène, et que cette dénomination si essentiellement vicieuse est la source de discussions qui durent depuis quinze années.

agit sans cesse, que sans cesse une quantité nouvelle de sérum, de fibrine, d'albumine, sont sécrétées par la partie malade, il en résulte que l'organisation successive des molécules fibrineuses épaissit, condense le tissu cellulaire de la partie, dans les mailles duquel l'albumine qui s'épanche continuellement va former des tumeurs de diverses natures, telles que les tubercules, les squirrhes, les encéphaloïdes, etc., etc. Cette étiologie cesse de paraître aussi hypothétique, à celui qui verra qu'en effet, les diverses lésions organiques que nous venons d'indiquer offrent en grande abondance, et du tissu cellulaire induré et de l'albumine à l'état plus ou moins concret: mais de même que dans l'inflammation aiguë, l'albumine était d'abord sécrétée à l'état où nous la trouvons dans le sang, et subissait ensuite des modifications en vertu desquelles elle finissait par former presqu'en totalité un liquide que l'on appelait *pus*; de même aussi, les tissus sub-enflammés sécréteront d'abord de l'albumine, qui, combinée en proportions diverses avec les autres élémens du sang, formera les productions accidentelles connues sous le nom de squirrhe, etc., et finira par se convertir en liquide qui a plus ou moins de ressemblance avec le pus du phlegmon. Nous possédons dans notre cabinet anatomique une pièce bien propre à démontrer les diverses transformations organiques que l'inflammation chronique peut faire subir aux tissus. En faisant des recherches à Montfaucon, nous trouvâmes, chez un cheval, une tuméfaction considérable du tissu cellulaire qui unit la plèvre costale aux parois thoraciques. L'épaisseur de cette masse indurée pouvait être d'un pouce et demi dans certains points. Une dissection attentive nous permit de reconnaître les phénomènes suivans : entre les feuillets indurés de cette masse, on trouvait épanchée dans une grande étendue une matière limpide, jaunâtre; c'était du sérum où nageait des fausses membranes fibrineuses, fixées pour

la plupart aux parois de l'espèce de kyste qui les renfermait, et entièrement semblables à celles que l'on trouve ordinairement dans la plèvre. Plus loin, on ne voyait plus de kystes de ce genre; mais on trouvait un tissu cellulaire mou, fort épais et imbibé de sérosité. Ailleurs, la sérosité semblait avoir été exprimée; il ne restait qu'un tissu fibreux fort serré, qui constituait des masses considérables. Dans quelques points, on trouvait, au milieu de ce tissu fibreux, des rubans ressemblant exactement à de gros tendons, et composés comme ces organes de fibres parallèles, longues et distinctes. Dans d'autres, ces espèces de tendons étaient incrustés de sels terreux, et n'offraient aucune différence avec les tendons et les ligamens ossifiés des vieillards. Ne suit-on pas ici les transformations organiques, depuis le simple épanchement de produits inflammatoires, encore à l'état liquide, jusqu'à l'entière conversion en tissu osseux accidentel.

Pourquoi l'inflammation chronique détermine-t-elle, dans un cas, une simple induration cellulaire, dans l'autre une tumeur encéphaloïde, dans une troisième une mélanose? Il n'est pas plus facile de répondre à cette question, qu'à celle que nous posons ici. Pourquoi l'inflammation aiguë de la peau détermine-t-elle tantôt des papules, tantôt des érythèmes, tantôt des pustules, tantôt des phlyctènes? Nous avons répondu à la dernière question, en disant que l'organe irrité par un agent spécial devenait le siège d'une phlegmasie spéciale, en vertu de cette invariable loi, que des causes différentes doivent engendrer des effets différens. Appliquons maintenant les mêmes principes à la *sub-inflammation*, et disons que sous l'influence d'un agent *sub-inflammant* de nature spéciale, nous devrons avoir des phlegmasies chroniques de nature spéciale. Nous considérerons alors l'induration inflammatoire de chaque organe et les transformations en tissus accidentels homologues comme le prototype de l'inflam-

mation chronique; et les diverses productions accidentelles hétérologues qui se développeront dans les tissus, comme des inflammations chroniques spéciales.

Si cette spécialité, à laquelle nous revenons souvent, n'existait pas réellement, il s'ensuivrait que toujours il serait en notre pouvoir de déterminer la formation des cancers, des mélanoses, etc., ce qui n'est pas. Nous pouvons, en vertu d'une irritation artificielle, obtenir des indurations cellulaires, fibreuses, osseuses; mais jamais de cancers, de mélanoses, de tubercules, à moins d'une prédisposition spéciale, qui modifie l'irritation elle-même, et force le tissu sub-enflammé à sécréter des produits morbides eux-mêmes d'une nature spéciale. Ainsi donc, tout en reconnaissant que toutes les productions accidentelles avec ou sans analogue dans l'économie sont le résultat d'une sub-inflammation ou du moins d'un afflux lent du sang, ce qui revient exactement au même, nous admettons d'un autre côté qu'en vertu d'une modification organique, inappréciable le plus souvent, ou plutôt, en vertu d'une infection générale du sang, la sécrétion interstitielle changera de nature, et produira des tumeurs d'espèces tout-à-fait différentes.

Cette prédisposition, avons-nous dit, peut être l'effet d'une conformation organique originelle, et la transmission héréditaire des maladies chroniques semblerait confirmer cette opinion. On pourrait donc supposer dans ce cas, que la glande mammaire, par exemple, est originairement conformée de telle sorte que, parvenue à un développement donné, ou soumise à une irritation plus ou moins énergique, elle sécrétera plutôt de la matière cancéreuse ou encéphaloïde, que les produits morbides qui caractérisent la simple induration cellulaire. Ici donc l'irritation sera modifiée par la texture même de l'organe, et une sécrétion spéciale en sera le résultat. Rien ne nous semble absurde dans une pareille supposition.

Maintenant examinons l'autre manière d'expliquer ce phénomène, et fixons d'abord notre attention sur un fait observé par tous ceux qui s'occupent d'anatomie pathologique. Dès que des tubercules, des cancers, se sont ulcérés, bientôt se déclare une cachexie dite cancéreuse ou tuberculeuse, le sang semble avoir changé de nature, et en peu de temps la plupart des tissus sont infectés de l'horrible maladie qui s'était primitivement développée, et qui semblait alors bornée à un point circonscrit de l'économie. A l'autopsie nous trouvons les ganglions lymphatiques correspondans, convertis en matière analogue à celle qui semble être le point de départ de tout le mal, et les viscères intérieurs ne sont pas exempts d'altérations du même genre; ce qu'il y a de remarquable, et ce sur quoi nous voulons surtout insister, c'est que constamment les lésions organiques internes sont de même nature que les les tumeurs ulcérées à l'extérieur; de sorte que si un testicule encéphaloïde a été le foyer du mal, les tumeurs intérieures seront de nature encéphaloïde, et non de nature cancéreuse. Il n'est pourtant pas sans exemple de rencontrer des tumeurs mixtes, et nous avons trouvé chez un cheval le rein converti en une masse encéphaloïde énorme, unie à une tumeur mélanique. Nous avons aussi trouvé la matière cérébriforme à l'état cru, infiltrée d'une grande quantité de substance dite tuberculeuse. Ces cas extrêmement rares n'infirment pas la règle générale; et l'on est obligé d'admettre une prédisposition simultanée à des lésions organiques diverses. Nous ne nous dissimulons pourtant pas que des faits de ce genre sont une des objections les plus puissantes à la spécialité que nous cherchons à établir : mais de même qu'il peut se développer, presqu'en même temps et dans le même tissu, deux inflammations spéciales aiguës; tels seraient, par exemple, le catarrhe morbilleux et l'inflammation pelliculaire

du larynx; de même nous pouvons concevoir deux inflammations spéciales chroniques marchant ensemble sur deux points rapprochés d'un même tissu, et finissant par se confondre en une seule masse.

§ I.er *De l'Induration cellulaire.* — L'induration cellulaire est le type de l'inflammation chronique; on la rencontre presque toujours autour des productions accidentelles, mais elle existe invariablement dans une partie quelconque qui a été le siège d'une inflammation un peu durable. Elle constitue ce que l'on appelle chaque jour tissus lardacés, squirrheux; nous croyons qu'il est plus convenable de lui donner la dénomination d'induration cellulaire, réservant aux tumeurs squirrheuses, encéphaloïdes et mélaniques, le nom distinctif qu'elles doivent porter. Cette induration n'est nulle part plus commune que dans le tissu lamineux sous-cutané. Toutes les fois que la peau a été le siège d'une inflammation chronique, ce tissu sous-jacent s'épaissit, s'indure, et la partie acquiert une tuméfaction qui ne disparaîtra peut-être jamais. Nous avons vu comment, par suite de l'exhalation et de l'organisation successive des produits morbides, des lamelles de tissu cellulaire s'hypertrophiaient d'une manière tout-à-fait analogue à la plèvre, qui devient elle-même beaucoup plus épaisse par la superposition des fausses membranes qui s'organisent. Mais de même la plèvre ainsi grossie par l'accumulation successive des produits morbides, conserve une disposition remarquable à s'enflammer et surtout à s'infiltrer, de même aussi le tissu cellulaire induré est habituellement le siège d'une infiltration assez abondante, et s'enflamme sous l'influence d'une stimulation d'ailleurs peu énergique, à moins qu'il ne soit parvenu à un état complet de désorganisation.

Remarquons, comme caractère essentiel de l'induration cellulaire, qu'il n'est point au-dessus des ressources de

l'art, qu'il est même assez facile d'en obtenir la résolution : et pourvu que l'on parvienne à éloigner les causes existantes qui l'entretiennent, la nature se charge des frais de la guérison, et les parties retournent lentement à leur disposition primitive. Ce caractère la distingue essentiellement des inflammations chroniques spéciales, dont on obtient la guérison dans des cas excessivement rares, et qui tous tendent au ramollissement. Souvent il arrive qu'une tumeur cancéreuse, irritant par son volume les parties qui l'entourent, y détermine une inflammation chronique secondaire, et par suite, l'induration du tissu cellulaire environnant. Cette induration cellulaire ne revêt point d'abord les caractères de la tumeur qui l'avoisine, mais bientôt elle s'identifiera avec elle. Dans la première période, il est donc toujours facile, à l'aide d'une médication sagement combinée, de détruire l'induration, et d'isoler tout-à-fait la tumeur centrale; c'est ainsi que l'on a vu de prétendus cancers diminuer des trois quarts dans l'espace de quelques semaines, et la résolution du véritable noyau cancéreux résister opiniâtrément aux mêmes moyens dont le succès avait d'abord paru si merveilleux. C'est ainsi que tous les jours on amène à une complète résolution des tumeurs de l'utérus qui n'étaient autre chose que de simples indurations sub-inflammatoires; mais quand ces indurations sont de nature spéciale, disons-le avec douleur, il est toujours impossible d'en obtenir la guérison à l'aide des simples secours de la médecine : heureux si le fer nous offrait un moyen infaillible !

§ II. *De l'Induration sub-inflammatoire des parenchymes.* — Le tissu cellulaire formant la trame primitive de tous les parenchymes, il est très-probable que c'est dans ses mailles que s'épanchent les produits sécrétés par les parties enflammées; chaque cellule de ce tissu

peut alors être comparée à une petite cavité séreuse, dans laquelle se passent des phénomènes analogues à ceux que nous voyons se développer en grand dans la plèvre, le péritoine, etc. Ainsi chaque molécule d'organe se trouve entourée de tissu cellulaire qui s'est induré par suite d'une inflammation chronique, et il en résulte ordinairement augmentation de volume.

Cette augmentation de volume, qui s'accompagne toujours d'induration, doit être soigneusement distinguée de l'hypertrophie; et les auteurs, il nous semble, n'ont pas assez insisté sur cette distinction. Dans l'hypertrophie, c'est le tissu de l'organe qui augmente, qui se développe davantage et qui grandit, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, pendant que les autres parties ne sont pas encore comparativement à l'état adulte: mais dans l'augmentation de volume inflammatoire, c'est l'accumulation des produits morbides entre les parties constituantes des parenchymes, qui en accroît ainsi le volume. Cette accumulation de produits morbides par suite de quoi le tissu cellulaire s'hypertrophie véritablement, tend au contraire à diminuer la masse des molécules parenchymateuses, bien loin de l'augmenter. En effet ces molécules comprimées par la distension et l'épaississement du tissu lamineux, ne recevront plus et ne pourront plus élaborer avec la même facilité le sang qui y aborde ordinairement: il s'ensuivra alors une véritable diminution dans leur masse, parce que c'est une loi physiologique que tout tissu comprimé s'atrophie. Cela est si vrai, que lorsque l'inflammation chronique après avoir duré longtemps, se résout enfin, cette hypertrophie factice disparaît, et l'organe est quelquefois réduit à la moitié de son volume, lorsqu'enfin le tissu cellulaire interstitiel est entièrement revenu à son état normal. C'est que l'on observe tous les jours dans le foie; et chaque jour aussi on peut

voir jusqu'à quel point la glande mammaire s'est atrophiée, lorsque le sein a été long-temps le siège d'une induration sub-inflammatoire, et qu'après long-temps on est parvenu à obtenir une résolution complète.

Cette diminution dans le volume de l'organe ne doit pas non plus être confondue avec l'atrophie pure et simple : dans celle-ci en effet, le tissu n'est jamais induré, il semble être seulement à un état de développement moins avancé : dans celle-là au contraire, le parenchyme est toujours beaucoup plus dur ; il semble que la compression ait densifié les parties, et que le tissu cellulaire naguère enflammé conserve toujours la rigidité qu'il doit à son épaisseur plus considérable.

Il arrive quelquefois que le tissu cellulaire s'enflamme dans un point quelconque d'un parenchyme, et qu'il s'épaissit considérablement, en laissant d'ailleurs l'organe tout-à-fait intact : c'est ainsi, par exemple, que se forment les corps fibreux de l'utérus, altération organique un peu différente de la sub-inflammation du tissu de la matrice elle-même.

Inflammations chroniques spéciales. — Nous comprenons sous la dénomination d'inflammations chroniques spéciales, les altérations organiques connues sous le nom de tubercules, squirrhe, cancer cérébriforme, cancer colloïde et mélanôse.

§ Ier. *Du Tubercule.* — S'il est en anatomie pathologique une dénomination vicieuse, c'est celle de tubercule et de cancer. On regrette que Laennec, qui a donné à la matière cérébriforme et colloïde un nom si bien en rapport avec son aspect extérieur, n'ait pas aussi cherché à mieux traduire en langage médical les caractères anatomiques du tubercule et du cancer : nous n'essayerons pas de remplir cette lacune, et nous laissons ce soin à des

anatomistes qui, plus expérimentés que nous, auront assez de crédit pour hazarder des mots nouveaux.

Les tubercules et en général les produits morbides connus sous le nom de cancer ont été regardés tour-à-tour : 1.° comme une dégénérescence de tissu ; 2.° comme un tissu de nouvelle formation; 3.° comme une sécrétion inflammatoire. Examinons ces trois opinions.

Lorsqu'un ganglion cervical ou mésentérique est entièrement disparu, et qu'à sa place on ne trouve qu'une masse tuberculeuse parfaitement homogène; lorsque la glande mammaire, le rein, le testicule, les os mêmes ne laissent plus apercevoir le moindre vestige de leur organisation primitive, et qu'on ne voit, dans le lieu qu'ils occupaient, rien autre chose qu'un squirrhe, une mélanôse, un encéphaloïde, n'est-il pas bien naturel de penser qu'il y a eu transformation de tissu, et doit-on déverser une sorte de mépris sur l'anatomiste surанné qui ne craindrait pas d'adopter une telle opinion ? Pour nous, qui ne croyons pas à cette transformation organique, nous n'en reconnaissons pas moins que les médecins dont l'opinion est en cela opposée à la nôtre peuvent l'appuyer par des argumens fort puissans.

La matière tuberculeuse, en s'épanchant dans la trame celluleuse d'un parenchyme, doit nécessairement comprimer le tissu jusque là qu'il y entrave les actes vitaux, et amène peu-à-peu, d'abord l'atrophie, puis la disparition complète de la substance du parenchyme. Plus haut nous sommes entrés dans des développemens un peu plus étendus, et nous avons cité quelques faits pour mieux faire entendre la manière dont nous concevions ce phénomène. Ce n'est donc pas, selon nous, le tissu primitif qui se convertit en matière tuberculeuse; ce tissu disparaît mais ne se convertit pas.

La matière tuberculeuse se présente sous trois états

bien distincts. A son origine, suivant Laennec, Gendrin et Louis, le tubercule est un petit corps grisâtre, demi-transparent, de forme irrégulière ou arrondie, d'une dureté assez considérable : il s'écrase alors difficilement sous le doigt qui le presse, et se trouve intimement uni aux tissus qui l'entourent. Suivant Andral, le tubercule à son origine se présente sous la forme d'un petit corps blanc-jaunâtre, opaque, arrondi, dans lequel on n'observe aucune trace d'organisation ni de texture; sa consistance varie, mais n'est jamais aussi grande que celle des granulations que nous avons décrites tout-à-l'heure. Cette forme du tubercule semble être à MM. Laennec, Louis et Gendrin, le commencement du ramollissement, c'est-à-dire le passage de l'état naissant à l'état de crudité; M. Andral, au contraire, nie qu'il en soit ainsi, et pense que les granulations ne sont autre chose que des pneumonies partielles d'une nature particulière, et qu'elles ne peuvent passer à l'état de ramollissement : il se fonde principalement sur ce que l'on n'observe ces granulations que dans le poumon; or le fait qu'invoque ici M. Andral est peu exact. En effet il est peut-être moins rare d'en trouver dans le péritoine que dans le parenchyme pulmonaire, et nous avons eu de très nombreuses occasions d'en observer à la surface des autres membranes séreuses; il y a plus : c'est que les tubercules du péritoine offrent cela de singulier qu'ils sont plus souvent durs, homogènes, transparens, qu'arrondis, opaques et friables : c'est une remarque qu'auront faite sans doute M. Andral lui-même et tous ceux q[illegible]t ouvert beaucoup de phthisiques. Et maintenant, comme on voit un assez grand nombre de ces granulations présenter de l'opacité et un ramollissement plus ou moins complet, n'est-on pas fondé à penser que les granulations sont l'état primitif, et que les tubercules jaunâtres ne sont qu'une modification ultérieure. Bayle, qui souvent avait rencontré des poumons remplis

de granulations, sans en voir une seule offrir l'opacité ordinaire des tubercules, et qui d'ailleurs n'avait peut-être pas assez long-temps continué ses recherches dans cette direction, avait écrit que les granulations différaient essentiellement des tubercules; M. Chomel adopta depuis cette opinion; MM. Andral et Boulland la soutinrent de nouveau à l'aide de faits et de raisonnemens assez plausibles; mais si ces Messieurs eussent admis entièrement l'analogie qui existe entre les tubercules des membranes séreuses et ceux du parenchyme; s'ils eussent d'ailleurs disséqué scrupuleusement la plus grande partie des granulations miliaires du poumon lui-même, ils eussent pu se convaincre, comme nous, qu'on en trouve souvent de converties entièrement en matière tuberculeuse à l'état cru: et ce fait eût suffi pour démontrer l'identité de ces altérations pathologiques, à moins que l'on ne veuille admettre la concomitance des deux lésions, ce qui, à dire vrai, n'est pas impossible. Nous allons exposer avec quelques détails les faits que nous avons observés au clos d'écarrissage de Montfaucon. On verra par là que si les tubercules ont chez les chevaux un aspect quelquefois un peu différent de celui qu'ils présentent chez l'homme, du moins peut-on utiliser ces recherches, et faire quelques applications qui, pour ne pas être absolument rigoureuses, auront cependant quelque importance.

Souvent dans les poumons des chevaux, qui, pendant la vie, ne présentent aucun symptôme de maladie thoracique, on trouve une innombrable quantité de petites taches rouges, arrondies, disséminées dans le parenchyme, et ressemblant assez bien à des pétéchies. Nous ignorons si cette altération a été observée chez l'homme; jusqu'ici nous ne l'avons pas rencontrée dans les nombreux cadavres soumis à notre investigation. Cela

tient-il à la différence d'organisation, ou bien à ce que nous n'avons pas l'occasion fréquente d'ouvrir des individus prédisposés à la phthisie, et qui ont succombé à une mort violente ou à une maladie tout-à fait étrangère au poumon. Au centre de ces petites taches rouges, on voyait, tantôt un point plus foncé qui semblait être une hémorrhagie pulmonaire (1), tantôt une infiltration purulente, qui s'étendait à une grande partie de la tache; Cette infiltration ressemblait tout-à-fait, et pour la couleur et pour la consistance, à ce que l'on appelle de la matière tuberculeuse à l'état cru; elle en différait en cela seulement qu'on y pouvait reconnaître des stries vasculaires qui étaient des portions de poumon encore reconnaissables au milieu de la secrétion morbide. Ce genre d'altération a été en partie indiqué par M. Andral. Ces mêmes poumons offraient au centre de véritables tubercules crus, ou du moins ce qui a reçu ce nom. Dans quelques points, on rencontrait de petites masses nacrées, résistantes, parfaitement arrondies, qui ne semblaient différer en rien des granulations tuberculeuses et des tubercules naissans; mais en les disséquant avec soin et en les partageant par la moitié, on trouvait à leur centre une collection de pus blanc et crêmeux de quantité à peine appréciable. C'étaient donc de petits abcès dont les parois fort épaisses avaient cette teinte nacrée qui caractérise les indurations cellulaires. Dans quelques poumons qui présentaient ces diverses lésions, nous avons vu aussi des amas de matière crétacée, formés de plusieurs couches concentriques, et renfermés dans un kyste attenant lui-

(1) Ces hémorrhagies pulmonaires sont-elles, chez le cheval, ce que l'hémoptysie est chez l'homme, et dans l'un comme dans l'autre, le tubercule débuterait-il le plus souvent par un épanchement de sang plus ou moins étendu?

même au tissu environnant. Nous ferons observer qu'il n'est pas très-commun de trouver toutes ces altérations réunies dans le même poumon : tantôt on ne rencontre que des pétéchies, tantôt des tubercules crus seulement, quelquefois des abcès isolés semblables à ceux que nous venons de décrire. Or, de pareils faits sont bien propres à donner du poids à l'opinion soutenue par M.M. Andral et Boulland, que les tubercules ne sont autre chose qu'une sécrétion inflammatoire.

Ces taches de sang, disséminées en si grand nombre dans les parois, sont-elles des pneumonies partielles? La chose est probable; mais si d'un côté nous considérons qu'elles sont assez long-temps sans amener l'induration du poumon, ce qui n'est pas le propre de la péripneumonie; que d'un autre côté, la portion du parenchyme enflammée n'est envahie que successivement et très-lentement par la suppuration interstitielle; si nous considérons qu'elles ne se décèlent par aucun symptôme indiquant une inflammation aiguë, ne serons-nous pas portés à admettre, comme l'a fait implicitement M. Andral, un mode spécial d'inflammation, une sub-inflammation spéciale ? Il est maintenant facile de supposer que, dans quelques cas, lorsque l'inflammation est très-circonscrite et qu'il se forme une suppuration peu étendue, le tissu cellulaire environnant puisse se condenser, comme il le fait autour des abcès qui occupent les autres parties, et il en résulte alors ces petites granulations pulmonaires à suppuration centrale. Ces sortes de granulations seraient donc évidemment dues à une pneumonie lobulaire, comme l'avait pensé M. Andral d'après les faits analogues qu'il avait remarqués, comme nous, à Mont faucon. L'étiologie de ces espèces de granulations nous semble assez facile; mais il n'en est pas de même de celles qui, commençant évidemment sans abcès, passent bientôt à l'état de tu-

bercule cru, et enfin se ramollissent. Il y a cette immense différence entre les unes et les autres, que les premières, n'étant que des abcès enkystés, ne peuvent jamais s'accroître, et cessent d'agir comme corps étrangers, tandis que les autres grossissent, se ramollissent, et le pus qu'elles sécrètent alors, peut s'évacuer au dehors et s'épancher dans les tissus. C'est donc à-dire que nous reconnaissons deux sortes de granulations.

Nous venons de voir les tubercules succéder à une inflammation bien apparente, ou du moins à une altération organique qui avait une partie des caractères physiques de l'inflammation; mais il n'en est peut-être pas toujours ainsi.

En effet, autour des granulations tuberculeuses, de celles qui doivent passer à l'état de crudité et de là au ramollissement, on ne découvre absolument rien qui indique une inflammation antécédente; les tissus environnans ne sont ni épaissis ni infiltrés, et c'est cette considération qui avait engagé Laennec, et après lui M.M. Gendrin et Louis, à ne pas regarder l'inflammation comme la cause des tubercules, et à considérer ces derniers comme un tissu, tandis que les autres, et M. Andral surtout, ne voulaient y voir qu'une sécrétion. Il nous a semblé qu'il y avait quelque chose de trop exclusif dans ces deux opinions, et que la solution du problême dépendait surtout de la manière d'en poser les termes.

Et d'abord il est évident qu'il n'est pas une partie d'un corps organisé qui ne soit une sécrétion. Le tissu osseux est une sécrétion de sels terreux dans un parenchyme cellulaire modifié d'une manière spéciale; nous en dirons autant d'un muscle, d'un viscère quelconque. Mais il y a deux sortes de sécrétions; les sécrétions susceptibles de vie, ce sont celles qui s'effectuent dans la trame primitive de chaque tissu, c'est à-dire les sécrétions nutritives;

il en est d'autres qui ne sont pas assimilables; telles sont l'urine, etc., celles-là sont des sécrétions excrémentitielles. Il est ensuite des sécrétions qui, développées en vertu d'un travail inflammatoire, seront elles-mêmes assimilables, organisables, ou bien devront être expulsées des tissus; telles sont d'un côté, la fibrine, de l'autre l'albumine modifiée, c'est-à-dire le pus. Toute sécrétion organisable, par cela même qu'elle s'organise, devient un tissu qui participe plus ou moins à la vie commune; toute sécrétion non organisable devient corps étranger, et il faut absolument ou qu'elle soit expulsée des tissus, ou qu'elle en soit séparée par un kyste vivant; c'est une règle invariable et qui ne souffre pas une seule exception. Ceci posé, toute sécrétion qui ne tend pas à s'enkyster et qui peut exister long-temps dans les parties sans les irriter, est un tissu participant nécessairement à la vie commune. Le tubercule, comme toutes les formes de cancers, est donc un tissu accidentel dans le sens que nous donnons à ce mot, tant qu'il ne s'enkyste pas, c'est-à-dire tant qu'il n'est pas corps étranger; et s'il devient sécrétion excrémentitielle accidentelle, comme le pus, etc., dès-lors il s'enkyste, ou bien il se fait jour au-dehors. Mais de ce qu'un tubercule naissant serait un tissu, selon nous, il ne s'ensuivrait pas qu'il ne serait pas une sécrétion; car une fausse membrane organisée dans la cavité pleurale est bien à coup sûr une sécrétion, et personne, que nous sachions, ne lui refuse le nom de tissu accidentel. Voici d'ailleurs comment nous concevons la formation des tubercules, et en général de toutes les productions morbides hétérologues.

En vertu d'une prédisposition reconnue par le consentement unanime des médecins, en vertu peut-être d'une modification organique inappréciable, en vertu d'une irritation spéciale démontrée seulement par ses effets sur nos

parties, un tissu quelconque de l'économie devient le siège d'une infiltration de produits morbides, ou diffuse, ou circonscrite. Ces produits morbides, de nature spéciale, et facilement organisables, s'épanchent dans les mailles du tissu, et finissent par prendre la place des molécules parenchymateuses; jusques là, ils sont combinés intimément avec nos parties, et la preuve qu'ils participent à la vie commune, c'est qu'ils ne les irritent pas par leur présence. Parvenus à un certain développement, ils cessent de s'accroître, et peuvent rester ainsi pendant longues années sans entraîner d'accidens : mais, que cette sub-inflammation soit exaspérée par la moindre cause occasionnelle, ce ne va plus être un fluide organisable qui se sécrétera, mais bien une matière plus ou moins analogue à du pus, qui s'infiltrera peu-à-peu dans le tissu accidentel, dont il augmentera le volume, prendra la place des parties vivantes, et deviendra bientôt corps étranger. A cette époque donc, c'est-à dire, alors que le tubercule est entièrement passé à l'état cru, il n'est plus qu'une sécrétion excrémentielle, qui, comme telle, va se faire jour au dehors si elle ne s'enkyste. L'infiltration purulente du tubercule, c'est-à-dire son passage à l'état cru, se fera donc indifféremment du centre à la circonférence ou de la circonférence au centre; et le ramollissement, proprement dit, commencera souvent par la périphérie. En effet, dès que le tubercule cesse d'être un corps organisé, il enflamme les tissus environnans, qui sécrètent du pus au point de contact, et délayent ainsi la masse tuberculeuse. Mais dans certains tissus accidentels doués d'une vie assez active, tel est, par exemple, l'encéphaloïde, les parties qui ne sont point encore entièrement privées de vie, sécrètent elles-mêmes un liquide plus ténu qui suffit pour délayer la masse, et c'est ainsi que les tumeurs de ce genre, ainsi que les mélanoses, et quelquefois même les tubercules

peuvent se ramollir du centre à la périphérie, ce qu'il serait tout-à-fait impossible d'expliquer dans l'hypothèse où les productions accidentelles ne participeraient pas jusqu'à un certain point à la vie commune, ou, ce qui revient au même, dans l'hypothèse où elles ne seraient point un tissu.

Ce mode de développement est bien moins souvent celui des tubercules, que des autres tissus accidentels. Le plus souvent en effet, on voit naître d'emblée le tubercule cru. Tel est presque toujours le mode de développement des éruptions secondaires tuberculeuses; aussi dans les poumons de ceux qui succombent à la phthisie pulmonaire, ne trouvons-nous quelquefois pas un seul tubercule naissant miliaire, ce qui n'arriverait pas, à coup sûr, s'il fallait que ces productions accidentelles suivissent le mode de développement et de destruction que Laennec avait indiqué. Nous nous rappellerons toujours avec étonnement l'histoire d'un soldat qui entra à l'hôpital de Tours, offrant les symptômes d'un léger catarrhe; la phthisie marcha avec une si effrayante rapidité, qu'il était mort le vingtième jour, et le poumon offrait des altérations aussi profondes que si la maladie avait duré des années entières. Il faut bien, dans ce cas, admettre une phthisie aiguë, c'est-à-dire un développement primitif des tubercules crus, qui bientôt seront passés à la suppuration; ou, pour nous exprimer plus correctement, une irritation tuberculeuse intense, qui détermine sur-le-champ une abondante exhalation de produits morbides non-assimilables. Il nous semble alors naturel de penser que la cause qui la produit agit avec une énergie plus grande que lorsque nous observons seulement des tubercules à l'état semi-cartilagineux. Aussi remarquons-nous des traces évidentes d'inflammation autour de ces tubercules développés ainsi d'une manière aiguë, au lieu que nous n'en découvrons

jamais autour des granulations primitives, et même des masses qui sont passées lentement de l'état naissant à l'état cru. L'analogie d'ailleurs nous autorise à adopter entièrement cette opinion sur le mode de développement des tubercules. Nous voyons, en effet, la phthisie nasale tuberculeuse des chevaux marcher avec une rapidité bien extraordinaire : déjà, plusieurs fois nous avons vu sacrifier des chevaux morveux, dont la maladie avait débuté huit ou dix jours auparavant. Les altérations organiques étaient aussi profondes qu'elle le sont ordinairement chez ceux dont la maladie a duré plusieurs mois. Ainsi donc de même l'on voit la morve tuberculeuse succéder à un ramollissement successif des tubercules de la membrane nasale, et n'amener que lentement de graves désordres, tandis que dans quelques circonstances des lésions semblables de la pituitaire, s'effectuent dans l'espace de quelques jours; de même aussi les tubercules pulmonaires et intestinaux de l'homme suivent tantôt le mode de développement indiqué par Laennec, et tantôt ne sont dès l'abord qu'une accumulation de produits morbides inorganisables; et cette théorie n'est pas seulement hypothétique, nous voyons souvent se passer sous nos yeux des phénomènes de ce genre. Un squirrhe de la glande mammaire, par exemple, mettra à se développer plusieurs années; mais dès qu'il s'est ulcéré, et que le pus résorbé va porter sur les ganglions de l'aisselle une irritation spéciale qui doive amener une sécrétion cancéreuse, on voit, dans l'espace de quinze jours, d'un mois, le ganglion parcourir toutes les périodes de la sub-inflammation, et former promptement une ulcération carcinomateuse nullement différente de la première.

La matière tuberculeuse peut non-seulement se sécréter dans les tissus, on l'a vue même s'épancher à la surface des membranes muqueuses, et constituer des masses

amorphes, ainsi que M. Louis l'a indiqué dans son excellent *Traité de la Phthisie pulmonaire.* Il n'est pas rare de rencontrer, à l'ouverture du corps des phthisiques, des fausses membranes tuberculeuses d'une épaisseur considérable, tapissant le péritoine ou la plèvre. Il est peu de tissus qui soient exempts de cette affection; le poumon en est principalement le siège, et dans les grandes villes, un cinquième environ de la population meurt avec des tubercules dans les organes de la respiration. Dans les prisons, dans les hôpitaux, la proportion est plus effrayante encore. Il est certain que, sur cent aliénés environ, à l'autopsie desquels avons assisté à la Maison Royale de Charenton, il n'en est peut être pas dix chez lesquels les poumons n'aient offert une grande quantité de tubercules. Chez le cheval, dit-on, la membrane muqueuse nasale est, de tous les tissus de l'économie, celui qui est le plus souvent tuberculeux; nous sommes loin de partager cette opinion, et les nombreuses autopsies que nous avons faites à Montfaucon nous ont convaincu que le poumon est, comme chez l'homme, l'organe où se rencontre le plus souvent cette lésion organique. Il est vrai qu'on sacrifie chaque année une innombrable quantité de chevaux attaqués de phthisie nasale tuberculeuse. Mais, si l'on considère, d'un côté, qu'il est excessivement rare de trouver les poumons entièrement sains, lorsque la membrane muqueuse olfactive est affectée, et que d'un autre côté on rencontre des tubercules pulmonaires sur plus de la moitié des chevaux qui meurent à Paris d'une maladie étrangère à la morve, on demeure convaincu que les tubercules pulmonaires sont encore plus communs chez le cheval que chez l'homme. La proportion est loin d'être aussi considérable chez les ruminans, et l'on peut s'en convaincre aisément en allant passer quelques jours aux abattoirs de Paris. Les ganglions lymphatiques, la rate, le foie, la

membrane muqueuse de l'intestin grêle, la prostate, le testicule, les centres nerveux, les os eux-mêmes présentent fréquemment des tumeurs tuberculeuses.

On a principalement réservé le nom de scrofules aux tubercules qui se développent dans les ganglions lymphatiques, et les enfans sont bien plus sujets que les adultes, à cette forme particulière de la maladie tuberculeuse.

Les tubercules, en général, ne se décèlent pas par d'autres symptômes que par ceux qui sont le résultat de l'inflammation aiguë ou chronique des tissus environnans; eux-mêmes restent tout-à-fait indolens à quelque période qu'on les observe. Ce n'est pas le lieu de parler ici des signes diagnostiques de la phthisie pulmonaire, et des désordres fonctionnels divers, causés par la présence des tubercules dans les organes. Nous allons maintenant étudier les caractères anatomiques de la mélanose et des diverses formes de cancers.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Spina-ventosa du cubitus enveloppé par une énorme tumeur squirrheuse et encéphaloïde; double altération développée dans l'espace de six mois à l'avant bras droit. Observation recueillie par le docteur Ollivier *(d'Angers).*

Malgré les nombreux travaux publiés sur les maladies des os, il est plusieurs de leurs altérations sur lesquelles il existe encore beaucoup d'obscurité, que des dénominations impropres n'ont pas peu contribué à entretenir, parce qu'elles indiquent une comparaison vague établie entre l'altération du tissu osseux et celle des parties molles en général, sans désiguer spécialement aucun tissu en particulier : telle est entre autres *l'ostéo-sarcôme.* Cette

expression prise dans son véritable sens désigne le cancer des os, et conséquemment leur transformation en tissu encéphaloïde; cependant quoique cette acception soit généralement reçue par les pathologistes, on trouve décrites sous ce nom une foule d'altérations très-diverses par leur nature et leurs caractères physiques; aussi doit-on désirer que des faits bien observés viennent fixer d'une manière précise ce qu'on doit entendre par ce mot. Toutefois, la destruction plus ou moins complète de l'os affecté est la circonstance notée comme se présentant constamment dans ce cas; il est donc difficile de concevoir que cette maladie puisse exister concurremment avec le *spina ventosa* dans le même point d'un os, car on sait que dans cette dernière affection l'os conserve le plus souvent assez de solidité pour supporter le poids du corps et résister aux efforts les plus considérables : on sait aussi que le tissu osseux, seulement raréfié, n'en conserve pas moins tous les caractères qui lui sont propres, et n'a pas l'aspect lardacé des tissus cancéreux.

Cependant, à la suite de la description qu'il donne de l'ostéo-sarcôme, M. le professeur Boyer rapporte, comme exemple de complication de cette altération avec le *spina ventosa* (1), l'observation d'une tumeur extrêmement volumineuse qui occupait circulairement le tiers inférieur de la cuisse; elle était formée par un mélange de tissu squirrheux et de tissu encéphaloïde, et la partie du fémur qu'entourait cette production accidentelle consistait en un vaste réseau celluleux, à larges alvéoles, avec dilatation du canal médullaire de l'os, duquel s'élevaient un grand nombre de filets osseux, divergens, qui se portaient, en se subdivisant à l'infini, vers la périphérie du tissu qui les enveloppait. L'origine

---

(1) *Traité des Malad. chir.*, tome III, page 594, 1.re édition.

de cette tumeur datait de l'enfance de la malade qui avait 32 ans quand on pratiqua l'amputation de la cuisse, opération qui fut suivie d'une guérison parfaite. Ce fait remarquable offre évidemment l'exemple d'un *spina ventosa* enveloppé d'une masse squirrheuse et cancéreuse, et non pas d'un *ostéo-sarcôme*, comme l'indique M. Boyer; car la description fort détaillée de la pièce pathologique prouve que le fémur n'avait subi aucune dégénérescence cancéreuse. L'existence simultanée de ces deux altérations, d'ailleurs très-distinctes par leur nature, ne paraît pas s'observer fréquemment, et je ne connais aucun exemple publié qui offre, sous tous les rapports, une analogie complète avec celui que rapporte le praticien célèbre que je viens de citer; cependant, soit qu'elle constitue une forme particulière du *spina ventosa*, soit qu'elle dépende de circonstances spéciales inconnues jusqu'à présent, toujours est-il que cette double altération peut se présenter avec tous les caractères indiqués par M. Boyer, comme le démontre l'observation suivante que je recueillis il y a plusieurs années à l'hospice d'Angers.

Observation. — Jean Morille, âgé de 24 ans, tisserand, entra à l'hôpital d'Angers, le 11 mars 1819 : ce malade, d'une constitution robuste, avait toujours joui d'une parfaite santé, lorsqu'il ressentit, sans cause connue, dans le cours du mois de juillet 1818, des douleurs vagues dans l'avant-bras droit. Ces douleurs vagues se fixèrent bientôt à la partie supérieure et postérieure de l'avant-bras, près du coude, et persistèrent au même degré jusqu'au mois de septembre, époque à laquelle le malade reconnut une légère tumeur dans la partie où siégeait la douleur, qui dès-lors causa une insomnie continuelle et très-pénible. En même temps, la tumeur augmentait de volume d'une manière sensible en s'étendant le long de la face postérieure et du bord cubital de l'avant-bras;

elle était dure et sans changement de couleur à la peau, et rendait difficiles les mouvemens du doigt annulaire et du petit doigt. Sur ces entrefaites, un chirurgien croyant reconnaître un point de fluctuation à l'endroit même où la tumeur avait commencé à paraître, pratiqua une incision longue d'un pouce environ, qui donna issue à beaucoup de sang rouge dont on n'arrêta l'écoulement qu'à l'aide d'une compression forte et continue ; c'était dans les premiers jours de janvier 1819. La plaie guérit assez promptement, mais depuis cette époque, la tumeur fit des progrès plus rapides. Des cataplasmes faits avec du froment en herbe furent appliqués dans le mois de février sur une partie de sa surface, et la peau, irritée par ce topique, perdit sa blancheur ordinaire et devint un peu plus violette.

Cette affection datait de six mois, quand le malade entra à l'hôpital (mars); la tumeur, dont la forme était celle d'un ovoïde comprimé d'avant en arrière, avait vingt-un pouces de circonférence dans son plus grand diamètre transversal, vingt-six pouces dans son diamètre longitudinal, et s'étendait depuis le cinquième inférieur du bras jusqu'à trois travers de doigt du poignet ; elle occupait plus particulièrement les régions antérieure et cubitale de l'avant-bras, de sorte que le bord radial n'en était pas couvert. L'articulation du coude paraissait enveloppée par la tumeur : la peau, un peu violacée, luisante, fortement tendue, était légèrement ulcérée à l'endroit de l'incision pratiquée antérieurement, mais elle n'était nullement altérée dans les autres points de sa surface : on voyait au-dessous d'elle quelques veines non sinueuses. Une pression assez forte ne causait qu'une faible douleur; on ne sentait pas de chaleur plus considérable que sur les autres parties du corps; il n'y existait pas de battemens particuliers ; les pulsations de l'artère radiale de ce côté

étaient accélérées. La main était légèrement œdématiée, les doigts fléchis, et quand on essayait de les étendre on causait une douleur vive dans la tumeur. Tous les mouvemens du pouce étaient libres, et nuls dans les autres doigts. L'avant-bras demeurait fléchi à angle droit sur le bras; les mouvemens de pronation et de supination étaient impossibles.

Malgré la pâleur de la face, la décoloration générale du corps, la mollesse et la flaccidité des chairs, on n'observait pas d'altération sensible dans la santé de Jean Morille; il avait beaucoup d'appétit, digérait bien et n'avait pas maigri; il ne se plaignait que de l'extrême fatigue résultant d'une insomnie continuelle depuis plusieurs mois, et de la gêne causée par le poids et le volume énorme de la tumeur qui augmentaient les douleurs, et rendaient toutes les positions pénibles. D'un caractère indolent et sans énergie, il ne paraissait pas affecté de son état; aussi ne parvint-on qu'avec difficulté à le faire consentir à se laisser amputer le bras. Cette opération fut pratiquée le 18 mars 1819; ses suites n'offrirent rien de remarquable. La guérison ne se fit pas long-temps attendre, et Morille sortit vers la fin d'avril, dans l'état de santé le plus satisfaisant.

Examen de la tumeur. — Elle pesait neuf livres. La teinte violacée de la peau avait disparu dès l'amputation, et cette membrane offrait la même décoloration que le reste du membre. Elle était sensiblement épaissie, et plus dense du côté de la face postérieure de la tumeur seulement, et le tissu cellulaire sous-cutané correspondant était infiltré de sérosité et lardacé. Les veines sous-cutanées étaient toutes élargies, aplaties, et leurs parois épaissies. A l'endroit de l'incision faite à la tumeur quelques mois auparavant, on observait un petit mamelon squirrheux, peu saillant en dehors, et développé entre

les bords de la division. La surface de la tumeur était lisse et assez uniformément arrondie, si ce n'est dans la région correspondante au bord cubital de l'avant-bras où elle était inégalement lobulée. Les rapports de la tumeur avec les parties constituantes de l'avant-bras, étaient les suivans.

Les fibres charnues des muscles rond pronateur, radial antérieur, palmaire grêle, cubital antérieur et fléchisseur sublime, étaient amincies, épanouies en membranes, et recouvraient la partie antérieure de la tumeur : les nerfs radial, médian et cubital, les artères et les veines radiales et cubitales, soulevés et aplatis, passaient au-devant de la tumeur sans offrir aucune trace d'altération. En arrière, l'extenseur commun des doigts, l'extenseur propre du petit doigt, et le cubital postérieur, également aplatis, recouvraient la tumeur de ce côté; l'anconé était converti en un tissu semblable à celui de la tumeur. Cette dernière, isolée des parties voisines, s'étendait depuis l'articulation huméro-cubitale, jusqu'à trois travers de doigt de la partie inférieure de l'articulation du poignet, au niveau du bord supérieur du muscle carré pronateur, qui n'était aucunement altéré. Les fibres charnues des muscles fléchisseur profond des doigts et long fléchisseur propre du pouce, étaient disparus et remplacés par la substance lardacée et cartilaginiforme qui formait la tumeur; leurs tendons seuls existaient encore, quoique dans une partie de leur étendue ils eussent déjà subi la même altération. Le passage du tissu musculaire à l'état lardacé était facile à suivre; on distinguait parfaitement les fibres d'abord décolorées et comme infiltrées de sérosité, formant une masse assez dure qui conservait la forme du muscle, jusqu'à sa réunion avec la tumeur où il n'était plus possible de les distinguer de cette dernière avec laquelle elles se confondaient. A la partie postérieure de

l'avant bras, les fibres charnues des muscles long abducteur et court extenseur du pouce, du long extenseur du même doigt, de l'extenseur propre de l'indicateur, étaient également converties en partie en tissu squirrheux. A la région radiale, le long supinateur et les radiaux avaient seulement leurs fibres aplaties, épanouies, mais leur forme était reconnaissable; le court supinateur participait entièrement à la dégénérescence squirrheuse. Enfin, tous les tendons de ces muscles ayant été soulevés par la tumeur à la partie inférieure du membre, étaient comme détachés des deux faces de l'avant-bras jusqu'à leur passage sous le ligament annulaire du poignet.

La tumeur était enveloppée extérieurement par un tissu cellulaire dense, serré et membraniforme. Sa substance très-dense, et offrant une surface très-lisse à la coupe; dans laquelle un grand nombre de petits vaisseaux se distribuaient, consistait en tissu squirrheux et tissu encéphaloïde; elle était creusée çà et là de vacuoles remplies de sérosité sanguinolente dans les unes, et d'un liquide jaune filant dans les autres; dans le point où l'incision avait été pratiquée, existait une excavation plus grande, remplie de ce dernier liquide, et qui avait donné lieu à la sensation d'une fluctuation profonde. Le tissu de la tumeur, adhérent aux deux faces du ligament inter-osseux, enveloppait l'artère inter-osseuse qui n'avait subi aucune altération; en pénétrant entre le radius et le cubitus, la tumeur avait déplacé le premier de ces os, de telle sorte qu'il offrait une luxation incomplète en dehors sur l'humérus. L'articulation du coude, dont les cartilages et la membrane synoviale étaient intacts, contenait quelques flocons semblables à de la synovie épaissie, entourée d'une membrane très-ténue, et parcourue par une infinité de ramifications capillaires. La densité de la tumeur était d'autant plus grande, qu'on l'examinait plus près de son centre,

c'est-à-dire du cubitus, qui était évidemment l'axe autour duquel elle s'était développée ; son tissu était seulement squirrheux et cartilaginiforme.

L'humérus était sain. Le radius, nullement ramolli, était gonflé, couvert de végétations inégales, et séparé supérieurement du cubitus par un intervalle d'un pouce : son articulation avec ce dernier os etait détruit. Le cubitus, également hypertrophié et nullement ramolli, était hérissé dans sa moitié supérieure d'une multitude de fibres osseuses qui formaient d'abord à sa surface un réseau celluleux et spongieux très-irrégulier, entremêlé avec un tissu cartilaginiforme très-résistant, qui s'insinuait dans les moindres interstices, et adhérait intimement dans certains points immédiatement à l'os. A mesure que les végétations osseuses s'éloignaient du cubitus, elles paraissaient perdre leur continuité, et former un tissu alvéolaire à larges mailles, au milieu de la substance cartilaginiforme qui qui composait le centre de la tumeur. Enfin, les filets les plus excentriques de ce réseau osseux semblaient se confondre insensiblement, et disparaissaient dans le tissu de tumeur, à deux pouces environ de sa périphérie. Le cartilage articulaire de l'extrémité supérieure du cubitus était plus souple, mais aussi consistant que dans l'état normal; seulement il avait un aspect plus manifestement fibreux. L'articulation du poignet était saine et tous ses mouvemens libres.

L'altération que je viens de décrire offre une telle analogie avec celle dont M. Boyer a tracé le tableau, qu'à cela près du siège, la description de l'une pourrrait s'appliquer entièrement à l'autre. Dans les deux cas, l'altération de l'os a précédé évidemment le développement de la masse squirrheuse environnante, ensorte que le *spina ventosa* semble en avoir été la cause occasionnelle. La coexistence de ces deux altérations dépendrait-elle de la

variété du spina ventosa dans laquelle l'os est affecté de telle sorte, que sa surface est hérissée de prolongemens déliés et divergens qui pénétrant dès le principe dans les parties voisines, les irrite constamment et avec une intensité toujours croissante? La nature de la cause qui produit primitivement l'altération de l'os aurait-elle une influence spéciale en vertu de laquelle ce mode d'irritation donnerait lieu à la formation du tissu accidentel précédemment décrit?

Quoi qu'il en soit, si l'altération qui nous occupe présente dans les deux cas la plus grande ressemblance, on trouve dans l'histoire de la maladie beaucoup de différences sous plusieurs rapports; ainsi, dans l'observation rapportée par M. Boyer, la malade portait depuis son enfance des tumeurs osseuses, inégales sur divers points des os des autres membres, et il en était de même chez son père, ses frères et ses sœurs, ses enfans, ce qui annonçait une disposition héréditaire qui n'existait pas, chez le sujet de mon observation, puisque sa santé avait été constamment bonne jusqu'à l'époque où il ressentit les premières douleurs dans l'avant-bras droit; en outre, il n'y avait sur aucun autre point du corps la moindre altération analogue: en un mot, la maladie était essentiellement locale, comme l'issue de l'amputation l'a prouvé. Dans le premier cas, les progrès du mal avaient été très-lents, car sa première apparition datait de plus de vingt ans. Dans le fait que j'ai observé, le spina-ventosa et l'énorme tumeur qui l'entourait s'étaient développés dans l'espace de six mois, marche extrêmement rapide pour une semblable affection, dont l'accroissement procède ordinairement avec une grande lenteur, qui est un des caractères propres aux maladies des os. De même que dans tous les exemples de spina-ventosa, l'altération avait commencé chez les deux malades dans l'extrémité de l'os

voisine de l'articulation, sans que cette dernière fut affectée; mais dans le cas de M. Boyer, les végétations osseuses étaient accompagnées de la dilatation du canal du fémur, tandis qu'ici le cubitus n'offrait pas une semblable dilatation de son canal; ses parois étaient plus épaisses, leur consistance n'était pas sensiblement changée, et les inégalités de sa surface, ainsi que les végétations et le tissu spongieux aréolaire qui l'entouraient, semblaient être le résultat d'une véritable hypertrophie.

Néanmoins, il reste démontré d'après tout ce qui précède, que l'altération décrite par M. Boyer comme exemple d'ostéo-sarcôme avec spinosa-ventosa, n'est, ainsi que celle que je viens de faire connaître, qu'un spina-ventosa dont le développement a donné lieu consécutivement à une production de tissu squirrheux et encéphaloïde tout-à-fait extérieur à l'os, et conséquemment qui ne peut constituer l'ostéo-sarcôme ou le cancer des os (1). Ajoutons que le dernier trait de ressemblance qu'offrent ces deux observations sous le rapport des suites de l'opération, tend à prouver que lorsque ce genre de tumeur composée siége ainsi dans la continuité d'un membre, et que l'amputation est possible, on ne doit pas hésiter à la pratiquer, puisque, malgré le volume considérable de la tumeur dans les deux cas, et la prédisposition fâcheuse qui existait chez l'un des malades, l'emploi de ce moyen a été suivi d'une parfaite guérison.

---

(1) Ces deux faits se rapportent entièrement à la description donnée par M. Boyer lui-même (*loc. cit.*, *page* 576), dans l'article où il traite des formes diverses du *spina-ventosa* : aussi conçoit-on difficilement pourquoi ce savant professeur a rapporté son observation plus loin comme exemple d'ostéo-sarcôme.

Note sur une ouverture de cadavre pratiquée dix-huit jours après l'inhumation; par le docteur Ratier.

Le docteur Louis, dans deux mémoires pleins d'intérêt, a fixé l'attention des médecins sur les morts subites et imprévues, et sur les morts lentes et prévues qu'on ne saurait expliquer par l'état anatomique des organes : le fait que nous consignons ici nous a paru digne d'être conservé sous trois rapports : 1.° parce que la mort a été subite et imprévue; 2.° parce qu'on n'a trouvé dans l'état des organes aucune lésion capable de l'expliquer; enfin, parce que l'ouverture du corps a été pratiquée dix-huit jours après l'inhumation, et vingt-un jours après la mort.

Une jeune fille de onze ans (1), de la plus belle constitution et présentant les caractères de la plus brillante santé, habitait un grand établissement d'éducation. Le 2 février, à la visite générale, le médecin lui trouve la peau un peu chaude avec un léger mouvement fébrile, et l'envoye à l'infirmerie dans la salle des convalescentes; l'enfant se sentait si peu malade qu'elle murmurait contre cette décision; il fallut même se fâcher pour l'obliger à se mettre au lit. Le 3 à la visite, le médecin, la jugeant atteinte d'une *fièvre inflammatoire légère*, lui fait apposer

(1) Le père de cette jeune fille est mort, il y a cinq ans, d'une manière subite, après avoir pendant un mois accusé des douleurs déchirantes, mais passagères, dans la région du cœur. Le corps n'a pas été ouvert. Son oncle paternel est mort récemment après avoir présenté les symptômes d'une affection du cœur; son jeune frère a succombé l'année dernière à une arachnitis aiguë. Sa mère est actuellement affectée d'une paraplégie qui paraît liée à l'existence d'une affection de la moelle épinière, et qui a résisté à tous les moyens qu'on a dirigés contr'elle.

à l'épigastre douze sangsues, dont l'écoulement, suivant l'observation de la garde, sembla l'affaiblir beaucoup, quoiqu'il n'ait pas été considérable. Pendant la journée elle eut de l'abattement, elle vomit à plusieurs reprises quelques mucosités; après les vomissemens elle avait de légères secousses convulsives; malgré cela, ses facultés n'étaient point troublées, elle n'accusait aucune douleur, reconnut très-bien ses parens venus pour la voir, et leur parla comme à l'ordinaire. Tout d'un coup vers les six heures, au moment où sa mère venait de la quitter, elle expire après avoir eu, dit la garde, des mouvemens tumultueux dans la région du cœur. On employa vainement tous les moyens propres à la rappeler à la vie; l'inhumation eut lieu le 6 février par un temps très-froid. (8°—0)

Au bout de plusieurs jours la famille desira que l'ouverture du corps fut pratiquée, et nous y procédâmes le D.[r] T. et moi, le 23 février à 4 heures de relevée par un temps froid. (2,°—0). L'ouverture de la fosse et du cercueil fut faite avec les précautions convenables, et nous trouvâmes le corps dans l'état de conservation le plus parfait, et tel que si la mort ne fût arrivée que la veille.

Habitude extérieure. — Embonpoint conservé, la face ne présente aucune expression particulière, les muscles sont rouges et bien nourris.

Tête. — Les membranes du cerveau sont dans l'état sain; les sinus ne sont pas gorgés de sang; on ne trouve ni adhérence, ni épaississement, ni infiltration. Le cerveau incisé avec soin et dans toutes ses parties, ne présente absolument aucune lésion; les ventricules sont exactement vides. La consistance du viscère nous a paru normale. Quelques points rouges, très-petits et rares, se sont montrés dans la section. La bouche, le larynx, le pharynx ont été vus.

Thorax. — Aucun épanchement, ni dans la plèvre, ni

dans le péricarde. Les deux poumons présentent, le gauche à sa partie externe et le droit à sa face diaphragmatique, des adhérences celluleuses organisées et produit de phlegmasies anciennes. Du reste, ces organes présentent, sous le rapport de la densité, de la couleur, l'aspect le plus sain; l'incision de leur tissu et l'examen des bronches et des ganglions bronchiques confirment la première inspection. Le cœur a été trouvé plus gros que ne le comportait la stature de l'enfant; il était un peu mou. En l'incisant on a vu ses cavités toutes remplies d'un sang noir et demi-liquide comme de la gelée de groseille qu'on aurait délayée d'un peu d'eau. Ces cavités semblaient un peu dilatées, mais dans une proportion uniforme. Les parois en étaient un peu amincies : d'ailleurs ayant une consistance normale. Rien aux gros vaisseaux.

Abdomen. — Aucun épanchement, aucune adhérence; un seul ganglion mésentérique tuméfié, et rouge à son intérieur. Le canal digestif, incisé dans toute sa longueur, n'a offert ni rougeur, ni ulcération, ni ramollissement. Le foie, la vésicule biliaire, la rate, les reins, les organes génitaux et la vessie ont tous été soigneusement examinés, et n'ont offert aucune lésion appréciable. La colonne vertébrale n'a pu être ouverte faute d'instrumens appropriés. Mais on a pu voir qu'il n'y existait aucun épanchement, en inclinant le cadavre.

Quelle a donc été chez cette jeune personne la cause de la mort? Avant l'ouverture du corps, on avait pu supposer une rupture du cœur, de l'aorte, un épanchement séreux survenu instantanément dans le péricarde ou dans les deux plèvres, ou bien encore dans les ventricules cérébraux. La dernière affection probable était une syncope, mais elle ne laissa aucune trace : c'est cependant la seule qu'on puisse accuser dans ce cas d'après l'examen anatomique.

Dans quel étrange embarras se fussent trouvés les experts et les juges, si dans cette circonstance, il y avait eu soupçon d'homicide!

Les faits de ce genre doivent être recueillis et publiés dans l'intérêt de la science, afin de démontrer combien ses ressources sont exiguës dans un très-grand nombre de cas, et de rendre plus circonspectes les médecins qui se trouvent appelés à éclairer la justice.

La conservation parfaite du corps a permis ici de faire les recherches avec autant d'exactitude et de précision que si la mort avait eu lieu la veille seulement. Ce fait s'explique facilement par le froid très-vif qui régna depuis le moment de l'inhumation jusqu'à celui de l'ouverture du corps, et par la nature du terrain où il était déposé; c'était sur le haut d'un tertre sablonneux. Le chlorure de sodium que nous employâmes par précaution nous fut inutile, car il ne s'exhala pas la plus légère mauvaise odeur pendant toute la durée de l'opération. Nous pensons cependant qu'on doit s'en servir dans tous les cas.

Mémoire sur la dépression congénitale latérale de la poitrine et son traitement; par M. DUPUYTREN, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc.* (1).

La difformité qui fait le sujet de ce mémoire, consiste dans une dépression plus ou moins grande des côtés de la poitrine, dans une saillie proportionnelle du sternum, du ventre en avant, et de la colonne vertébrale en arrière. Quelques auteurs ont parlé de cette déformation, les uns à l'occasion des maladies des enfans, les autres à l'occasion du rachitisme : tels sont Van-Swieten, J.-L. Petit,

(1) Extrait du *Répert. gén. d'anat.*, etc., 1828.

Levacher, etc; mais il suffit de lire le peu qu'ils en ont dit pour se convaincre qu'ils n'ont donné qu'une idée très-incomplète de la cause, des effets, et surtout des moyens curatifs de cette déformation.

Cette disposition anormale de la poitrine s'observe surtout chez les enfans issus de personnes lymphatiques, scrofuleuses ou rachitiques, habitant les lieux bas, humides et froids; chez les enfans mal vêtus, nourris d'alimens froids, peu substantiels, farineux; privés de vin, etc. Chez les enfans affectés de ce vice de conformation, le sternum fait en avant une saillie en carêne, la colonne vertébrale se relève en dos d'âne, et les côtes ne sont pas seulement aplaties. elles sont encore enfoncées vers la poitrine, à peu-près comme si, à l'époque où elles étaient molles, flexibles, et susceptibles de prendre toutes les formes et toutes les courbures, elles avaient été comprimées d'un côté vers l'autre. Cette déformation est portée si loin chez quelques enfans, qu'on peut embrasser les deux côtés de la poitrine avec les doigts de la même main. Les rapports ordinaires des diamètres de cette cavité sont alors tellement changés, que ceux qui s'étendent d'un côté à l'autre perdent un quart, un tiers, et quelquefois la moitié de leur étendue, tandis que les diamètres antéro-postérieurs et verticaux s'accroissent d'autant.

Il s'en faut cependant qu'il y ait compensation entière tant sous les rapports de la capacité de la poitrine, que sous le rapport de l'action des organes; en effet, soit que la poitrine ne gagne pas dans certains sens ce qu'elle perd dans d'autres, soit que les organes de la respiration et de la circulation, mis dans des conditions de situation et de rapports différens de celles que prescrit la nature, ne puissent plus exercer leurs fonctions comme dans l'état normal, cette déformation produit constamment une oppression très-grande, une brièveté habituelle de la respi-

ration et de la voix, un état d'angoisse et d'anxiété inexprimable; chez le nouveau-né, il y a difficulté très-grande dans la succion du mamelon, menace de suffocation lorsque celui-ci est gardé quelque temps dans la bouche, nécessité de le quitter avec de grands cris, au bout de quelques instans.

Plus tard, la parole est brève, entrecoupée et comme saccadée; ces symptômes augmentent toutes les fois que les malades prennent un peu d'exercice, qu'ils montent ou qu'ils descendent un escalier, qu'ils veulent parler avec action et chaleur, à peu près comme des individus qui seraient affectés de maladies au cœur. Le désordre des mouvemens de cet organe, les irrégularités du pouls, qui se rallentit et se précipite tour-à-tour, pourraient faire croire à une maladie du cœur, si l'observation attentive des phénomènes n'apprenait que ces désordres et ces irrégularités sont en rapport avec les mouvemens de la respiration seulement, et qu'ils sont un des effets de la gêne qu'elle éprouve. Pendant le sommeil, la respiration gênée par le défaut de conformation de la poitrine et par le gonflement des amygdales, se fait toujours la bouche ouverte et avec grand bruit. Le sommeil lui-même est fréquemment agité par des rêves pénibles qui sont presque toujours relatifs à l'état de la respiration, et il est souvent interrompu par des cris et des réveils en sursaut.

Les symptômes ci-dessus et notamment la difficulté de la respiration et de la circulation, peuvent être portés au point d'empêcher le développement des fonctions vitales et de causer la mort dès les premiers momens de la vie. Lorsque ces difficultés ne causent pas la mort immédiatement, elles peuvent la causer plus tard en empêchant l'allaitement, ou même en altérant la nutrition et empêchant le développement des forces; et, alors que les difficultés ne causent la mort ni primitivement ni consécuti-

vement, elles retiennent les enfans qui en sont affectés dans un état de maigreur, de faiblesse et d'incapacité d'agir, qui les prive de la majeure partie de leurs facultés.

Une chose remarquable est que ce vice de conformation est presque constamment accompagné d'un gonflement considérable des amygdales, gonflement dont la liaison avec la dépression de la poitrine tient à une cause difficile à apprécier. On sent combien cette complication doit ajouter à la gêne de la respiration : aussi M. Dupuytren a-t-il été obligé de faire la résection des amygdales chez quelques individus, ce qui a constamment soulagé les malades, sans faire cesser toutefois la difficulté de respirer. On conçoit combien cette opération doit être difficile à pratiquer sur des enfans à la mamelle ; aussi n'a-t-il fallu rien moins que le danger imminent qui menaçait la vie, pour déterminer M. Dupuytren à agir dans ces cas. Cette opération est singulièrement facilitée et surtout beaucoup moins dangereuse, en se servant du *speculum oris* de M. le docteur Lemaitre (1), qu'il suffit

(1) Cet instrument, fort ingénieux et très-commode, se compose d'une lame d'argent assez large pour embrasser entre ses bords recourbés les lèvres et les dents ; cette lame a la forme d'un ovale alongé, et pour se prêter aux différentes dimensions de la bouche, on a pratiqué deux charnières sur les côtés à l'aide desquelles les deux extrémités de sa lame sont écartées ou rapprochées suivant la largeur de l'ouverture buccale ; une vis de pression les maintient dans l'écartement ou le rapprochement où on les place. Sur le plan inférieur de ce cercle, glisse une lame légèrement recourbée en bas qui déprime la langue plus ou moins près de la base de cet organe, selon qu'on l'enfonce à telle ou telle profondeur. C'est en évidant sur les côtés la lame circulaire, qu'on a plus de facilité pour pratiquer chez les enfans l'opération dont il s'agit ici. Nous nous bornons à cette description abrégée : sans doute M. le docteur Lemaitre ne tardera pas à faire connaître avec détail un instrument qui ne peut être que fort utile, et auquel il paraît avoir fait subir plusieurs modifications avantageuses. (*Note du Réd.*)

d'échancrer vers les commissures des lèvres, et de réduire dans cet endroit à la moindre largeur possible.

Ce vice de conformation et les complications qui l'accompagnent si souvent, méritent donc toute l'attention des praticiens, à cause de ses dangers et à cause des incommodités qu'il produit. Il faut avoir recours dès-lors, comme dans toutes les déformations des os qui tiennent à un ramollissement produit par un vice scrofuleux ou rachitique, à un régime fortifiant et à l'usage de boissons amères, mais avec une modération très-grande qui préserve la gêne de la respiration et le trouble de la circulation, qu'un régime et des remèdes trop fortifians ou donnés sans mesure pourraient augmenter et même rendre dangereux. Il faut joindre à ces remèdes généraux des remèdes locaux. De tous ceux que M. Dupuytren a mis en usage, il n'en connaît pas de plus efficaces que les exercices propres à fortifier les muscles qui s'étendent des bras et des épaules à la poitrine, et surtout que des pressions fréquemment exercées d'avant en arrière sur le sternum.

Les exercices que conseille M. Dupuytren ont pour but et pour résultat de soulever les parois de la poitrine, de les écarter, de les porter en dehors, et de les ramener enfin à leur conformation naturelle. Il n'est pas d'exercice plus propre à atteindre ce but que celui qui oblige les sujets affectés du vice de conformation dont il s'agit, à soulever pendant plusieurs heures par jour, à l'aide des mains et des bras, un poids suspendu à une corde passant à travers deux poulies, une de suspension, l'autre de renvoi; l'extrémité de la corde destinée à être saisie doit être attachée au milieu d'un levier que saisissent les deux mains, l'autre extrémité doit soutenir un poids proportionné à la force de l'individu qu'on veut exercer. Cet individu, placé debout, élevé même sur la pointe des

pieds pour atteindre le levier placé à l'extrémité de la corde, doit le saisir avec ses deux mains, et employant l'effort des muscles des avant-bras, des bras, du col et de la poitrine pour fléchir tout à la fois la tête, la poitrine et le corps et les incliner vers le sol, il doit faire élever le poids suspendu à l'autre extrémité de la corde, et employer alternativement les muscles fléchisseurs à relever le poids, et les muscles extenseurs à redresser le corps. S'il est vrai, comme on n'en saurait douter, qu'il existe entre les os et les muscles des rapports de conformation et d'action tels que les derniers tendent toujours à agir de manière à les ramener à une forme première et constante, il est certain que l'exercice qui vient d'être décrit, en dirigeant les efforts des muscles sur les os de la poitrine, doit ramener peu-à-peu les parois de cette cavité à des formes meilleures.

A ce premier moyen il faut joindre la pratique de pressions exerçées sur la poitrine d'avant en arrière. L'union de ces deux moyens avec le régime et le traitement a suffi pour guérir des vices de conformation qui avaient été faussement jugés incurables. La pression d'avant en arrière ne doit pas être exercée à l'aide d'instrumens mécaniques; on conçoit tous les inconvéniens de pareils moyens : celui dont il s'agit n'offre aucun inconvénient. Après avoir fait placer l'enfant de profil, on appuie soit la main ou le genou sur son dos, ou bien encore on appuie cette partie contre un mur; et, plaçant la paume de l'autre main sur le point le plus saillant du sternum, on presse en poussant directement la partie antérieure de la poitrine vers la postérieure, par des mouvemens alternatifs qui, au bout de quelques jours d'épreuve, parviennent à s'accorder tellement avec les mouvemens de la respiration, que les petits malades et ceux qui les pressent s'entendent bien vîte à exercer le mouvement de pression pendant le

temps de l'expiration, et à le suspendre pour permettre à la poitrine de se développer au moment de l'inspiration. Pendant ces mouvemens on entend un bruit semblable à celui que fait l'air qui entre dans un soufflet et qui en sort alternativement.

Ces pressions doivent être répétées dix fois, cent fois par jour, si cela est possible, et continuées chaque fois pendant plusieurs minutes : on conçoit qu'il faut toute la sollicitude que doivent avoir les personnes chargées d'un semblable soin, et qu'il est nécessaire de persévérer pendant long temps, pour que les premiers effets aient un résultat avantageux et durable. Dans la première observation que rapporte M. Dupuytren, l'enfant soumis à ce mode de traitement qu'il supporta d'abord avec difficulté, en éprouva une amélioration très-notable en moins de six mois; et au bout de quelques années, on mît en usage la traction mécanique décrite plus haut, et l'emploi de ce moyen continué pendant deux ans fut suivi de la disparition complète d'une difformité qui avait failli devenir funeste dans les premiers temps.

Note additionnelle sur la luxation congénitale du fémur; par M. Dupuytren. (*Extrait* idem.)

Depuis la publication du mémoire sur cette affection remarquable (1), M. Dupuytren a eu l'occasion d'observer plusieurs nouveaux exemples de ce vice de conformation; mais il avait omis d'indiquer un fait important : c'est que la luxation congénitale du fémur qui, dans le plus grand nombre des cas, existe des deux côtés à la fois, n'a lieu

---

(1) *Voy.* le Mémoire sur ce sujet, *Archives gén. de Méd.*, tom. XIII, pag. 83. (Numéro de janvier 1827).

chez quelques individus que d'un côté seulement. Sur les vingt cas de cette maladie observés par M. Dupuytren, la luxation n'existait que d'un côté seulement sur deux ou trois individus. Un jeune enfant qui n'a ainsi de luxation que d'un seul côté, a une sœur affectée de la même maladie, qui, comme lui, ne l'a que d'un côté, et, comme lui, du côté droit. Cette coïncidence, difficile à expliquer, n'en est pas moins digne de remarque. Afin de présenter un tableau exact de la luxation congénitale bornée ainsi à un seul fémur, nous rapporterons le fait suivant.

Observation. — Luxation originelle du fémur gauche. — M.lle F..... âgée de huit ans, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, vint à la consultation publique de l'Hôtel-Dieu, le 21 août 1821 : elle offrit à l'observation les symptômes suivans.

Dès que cet enfant commença à marcher, ses parens s'aperçurent qu'elle boitait; elle n'avait jamais fait de chute, ni reçu de coups sur la hanche lorsqu'elle était en nourrice. Divers moyens furent employés et n'eurent aucun effet. Lorsque cette petite fille est debout, on est frappé d'abord de la gracilité du membre inférieur gauche, de la différence qui existe entre la forme et le volume des deux fesses; celle du côté gauche est renflée supérieurement et arrondie inférieurement; on est frappé de la saillie du grand trochanter en haut et en dehors, et de la direction oblique du fémur. La colonne vertébrale offre une forte cambrure; la tête est portée en arrière, comme pour compenser les effets de la transposition du centre des mouvemens. Le ventre est saillant, le genou et la pointe du pied sont dirigés en dedans, le jarret et le talon en dehors. Lorsque l'enfant marche, on le voit transporter, pour ainsi dire son tronc d'une hanche sur l'autre, et il lui est très-difficile de sauter, courir, etc.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Extrait de l'ouvrage du docteur KILIAN, *Uber den Kreislauf des Blutes im Kinde welches noch nicht geathmet hat. — Sur la circulation du sang dans le fœtus.* In-4.° Carlsruhe, 1826.

Dans la première section de l'ouvrage, l'auteur donne un aperçu historique des diverses théories de la circulation du sang dans le fœtus, qui se sont succédées depuis Galien jusqu'à nos jours. Il résulte de ces considérations historiques qu'il règne une très-grande diversité dans les descriptions anatomiques des parties qui appartiennent au système circulatoire du fœtus; on peut conclure de là que les conséquences physiologiques tirées des connaissances anatomiques obtenues ne sauraient être exemptes d'erreur. Une grande partie des opinions erronées sur l'usage des parties organiques qui composent l'appareil circulatoire du fœtus, a eu pour cause le défaut de connaissance du développement progressif de ces parties. M. Kilian a donc jugé convenable de donner dans sa seconde section une histoire du développement du cœur humain, depuis le moment où cet organe devient visible, jusqu'au troisième ou quatrième mois de la grossesse, et ensuite un exposé de ses propres recherches anatomiques sur les organes circulatoires du fœtus.

L'histoire du développement du cœur humain est précédé d'un aperçu des observations faites sur le développement du cœur du poulet pendant l'incubation de l'œuf. Les recherches de M. Kilian sur l'appareil circulatoire dans le fœtus humain, sont suivies d'une description du cœur dans le fœtus de la vache. La disposition anatomique de l'embou-

chure des deux veines caves dans le cœur, chez le veau, le mouton et probablement les ruminans en général, est devenue pour l'auteur un argument puissant en faveur des idées physiologiques qu'il expose.

La troisième section de l'ouvrage offre d'abord un examen critique de la théorie de Sabatier, et ensuite de celle de Galien, Harvey, Haller, etc. La théorie de la circulation en huit de chiffre pêche, en ce que son auteur a cherché à la faire valoir pour toute la durée de la vie fœtale, tandis qu'elle n'est applicable qu'au fœtus de 4 à 8 mois; elle pêche davantage encore en ce que Sabatier a appliqué au cœur du fœtus plus avancé en âge, les résultats des recherches qu'il avait faites sur le cœur des embryons les plus jeunes, sans tenir aucun compte des changemens de structure et de position qui ont eu lieu dans l'intervalle. Ce reproche peut surtout s'appliquer à la doctrine du passage, dans l'oreillette gauche, de la totalité du sang apporté par la veine cave inférieure. La seconde théorie suivant laquelle le sang des deux veines caves vient se mêler ensemble dans l'oreillette droite, et passer ainsi mélangé dans l'oreillette gauche, a été modifiée par quelques physiologistes qui admettent que, moyennant la valvule d'Eustachi, une grande partie peut passer immédiatement de la veine cave inférieure dans l'oreillette gauche. Quant au mélange du sang des deux veines caves dans l'oreillette droite, et à son passage de là dans l'oreillette gauche, l'auteur prouve que c'est chose impossible, parce que la systole et la diastole des deux oreillettes sont isochrônes; ces deux cavités ne peuvent donc se remplir que simultanément et doivent se vider de même par l'orifice auriculo-ventriculaire; car, les contractions des ventricules alternant avec celles des oreillettes, c'est du côté de cet orifice que le sang se dirige, parce que là il éprouve le moins de résistance.

Quant à l'opinion modifiée indiquée en dernier lieu, les rapports anatomiques des parties et la structure de la valvule d'Eustachi lui sont contraires : il faudrait admettre ou que la valvule d'Eustachi dirige la totalité du sang de la veine cave inférieure dans l'oreillette gauche, ou bien déterminer avec précision le moment où le sang cesserait d'entrer dans l'oreillette gauche pour se mêler dans l'oreillette droite avec celui de la veine cave supérieure. Mais sans-doute ce moment restera toujours indéterminé. La valvule du trou ovale n'a pas pour usage d'empêcher le sang de l'oreillette gauche de refluer dans la droite, pas plus que la valvule d'Eustachi ne sert à diriger le sang dans la première de ces deux cavités. La valvule du trou ovale n'existe pas, comme quelques-uns le pensent, pour le seul but de fermer ce trou après la naissance; car pourquoi cette valvule serait-elle alors plus parfaite et mieux développée dans les premiers mois de la vie fœtale, tandis qu'elle ne devrait remplir son usage qu'à l'époque de la naissance ?

M. Kilian ayant ainsi montré ce qu'il y a de défectueux et de contradictoire dans les deux théories principales actuellement admises, donne, sous forme de corollaires, les résultats de ses recherches qui doivent servir de base à sa propre théorie.

1°. La veine cave inférieure s'ouvre non seulement dans l'oreillette droite, mais elle apporte son sang simultanément dans les deux oreillettes, par deux ouvertures parfaitement isolées, savoir une gauche et une droite.

2°. Dans le principe, l'ouverture gauche de la veine cave inférieure est beaucoup plus grande que la droite; mais peu-à-peu ce rapport change, de manière qu'à la fin du neuvième mois, l'ouverture droite a acquis une prépondérance très-marquée.

3°. La valvule d'Eustachi et celle du trou ovale font

partie de la veine cave inférieure, et doivent être considérées comme des duplicatures où des prolongemens de la tunique interne de cette veine.

4°. Les deux valvules semblent se former à la même époque dans l'embryon; toutefois la valvule d'Eustachi se développe plus promptement et plus parfaitement que celle du trou ovale.

5°. La valvule d'Eustachi, qui forme principalement l'embouchure droite de la veine cave inférieure dans l'oreillette droite, a pour usage de diriger les deux grandes colonnes de sang, qui arrivent dans cette oreillette par les deux veines caves, de manière que ces colonnes passent l'une devant l'autre sans s'entraver mutuellement dans leur marche; la valvule doit rompre leur marche, en sorte que la régularité du mouvement circulatoire n'en puisse souffrir; ce qui serait inévitable si les deux torrens pouvaient se rencontrer, et ce qui aurait de plus empêché les deux oreillettes de se remplir simultanément.

6°. La valvule du trou ovale, ou plutôt ce qui est la même chose, la moitié gauche de l'embouchure de la veine cave inférieure, est une branche de ce vaisseau, comme on peut le prouver par l'anatomie humaine et comparée, par la considération du cœur du veau et du mouton à l'état fœtal. Seulement cette branche est de fort courte dimension. Le but de la prétendue valvule du trou ovale est d'effectuer peu-à-peu l'exclusion de la veine cave inférieure de l'oreillette gauche, et de favoriser son passage à l'oreillette droite. C'est elle qui rend les deux moitiés du cœur indépendantes l'une de l'autre, et qui contribue principalement au développement de la moitié droite de cet organe.

7°. La cloison du ventricule n'est pas percée d'un trou; le trou ovale ne traverse nullement la cloison, mais il passe derrière celle-ci qui ne contribue à sa formation que par une échancrure.

8°. Les deux oreillettes n'ont pas de communication immédiate entr'elles; la veine cave les met seulement en communication médiate, par le moyen du trou ovale.

9°. Le trou ovale, à dater de sa première apparition, opère jusqu'à la maturité du fœtus, et même encore après cette époque, une rotation partielle autour de son axe. (On ne doit pas oublier que l'auteur considère le trou ovale comme un canal.)

10°. Le trou ovale est, quant à sa destination, l'embouchure gauche de la veine cave inférieure, ou bien l'ouverture de la branche gauche de cette veine.

11°. A proprement parler, il n'y a pas encore dans le fœtus une artère pulmonaire; le tronc qui porte à tort ce nom, se continue en réalité avec le canal artériel, et forme avec lui un tronc continu, formant l'origine d'un vaisseau destiné à la moitié inférieure du corps, et qu'on peut nommer *aorteabdominale*, par opposition à *l'aorte cérébrale*, qui prend naissance du ventricule gauche du cœur.

12°. Il y a dans le fœtus une double circulation artérielle, savoir : celle de la moitié droite du cœur, par l'aorte abdominale, dont les premières branches sont les artères pulmonaires, et celles de la moitié gauche du cœur, par l'aorte cérébrale.

13°. Il n'y a pas de raison pour refuser au fœtus une circulation pulmonaire ; c'est au contraire un fait susceptible d'être démontré, que les poumons du fœtus sont abondamment fournis de sang, et que, toutes choses d'ailleurs égales, la circulation pulmonaire est aussi complète dans le fœtus que dans l'adulte.

L'auteur avertit ici qu'on ne se méprenne pas sur le sens de ses expressions : car, dit-il, la circulation sanguine dans les poumons de l'homme qui respire, m'est très-bien connue.

14°. Le canal veineux, qui est pour le système circulatoire du foie ce que le canal artériel est dans celui du

poumon, doit être regardé comme appartenant en totalité à la veine porte; il ne prend nullement son origine à la veine ombilicale.

15°. La veine ombilicale se termine tout-à-fait et uniquement dans la branche gauche de la veine porte ou dans le sinus de cette veine.

Malgré cela, l'auteur convient que la majeure partie du sang du canal veineux puisse venir de la veine ombilicale, parce que cette veine se trouve dans la même direction que le canal.

16°. A proprement parler, le canal veineux ne se termine pas immédiatement dans la veine cave inférieure, mais dans celle des veines hépatiques supérieures qui est située le plus à gauche. Cependant son embouchure est très-rapprochée du point où cette veine se joint à la veine cave.

L'idée qu'on doit se faire du mécanisme de la circulation fœtale, en prenant pour base les propositions qui viennent d'être exposées, est la suivante.

Le sang revenant du tissu spongieux du placenta, est ramené par la veine ombilicale dans le corps du fœtus, et arrive au foie. Là sa masse se divise en deux moitiés fort inégales, dont la plus grande va parcourir les innombrables ramifications vasculaires qui traversent la substance du foie, tandis que l'autre portion, plus petite, se rend droit à la veine cave inférieure par le canal veineux. Dans l'espace peu long mais large de la veine cave, qui s'étend obliquement du diaphragme au cœur, le sang de la veine ombilicale qui a traversé le foie, et celui qui est parvenu directement à la veine cave, se mêle avec le sang ramené des extrémités inférieures, des viscères pelviens, etc., et parvient au cœur avec une rapidité assez marquée. Au point même où le torrent doit entrer dans la cavité qui s'ouvre devant lui, il se divise en deux parties

par l'effet de la disposition déjà indiquée de la veine cave ; l'une des colonnes arrive sans mélange dans l'oreillette gauche, en même temps que l'autre contribue à remplir l'oreillette droite. D'après cela, l'oreillette gauche contient un mélange composé d'une portion prépondérante de sang arrivé immédiatement par la veine cave inférieure, mais qui doit se mêler aussitôt avec le sang apporté en moindre quantité par les veines pulmonaires. L'oreillette droite, de son côté, contient également une portion de sang arrivé par la veine cave inférieure, mais qui doit se mêler aussitôt avec le sang apporté en grande quantité dans l'oreillette par la veine cave supérieure.

Aussitôt que les deux oreillettes sont remplies, ce qui a lieu dans un seul et même instant, elles se contractent, et le sang est chassé dans les ventricules correspondans : ceux-ci se contractent à leur tour, et la double circulation artérielle commence. Du ventricule gauche, le sang est poussé dans l'aorte pour entrer *en totalité* dans les trois grandes branches ascendantes de ce vaisseau, et se rendre dans la moitié supérieure du corps, sans que la moindre partie même en parvienne dans l'aorte descendante.

Le ventricule droit au contraire, pousse son sang par le tronc de l'artère pulmonaire et le canal artériel, exclusivement dans l'aorte descendante, sans donner une seule goutte de sang à l'aorte ascendante (1). Une fois que les

(1) Pour démontrer la double circulation artérielle, M. Kilian s'est servi d'un cadavre de fœtus mort-né ; après l'avoir chauffé comme on le fait ordinairement pour les injections, on ouvrit avec précaution la moitié gauche du thorax ; on fit une incision dans le péricarde et deux autres dans les deux ventricules du cœur ; le cœur lui-même fut un peu déplacé par ces préparatifs. Deux seringues furent ensuite remplies, l'une de matière verte et l'autre de matière rouge, et introduites avec précaution, l'une

deux oreillettes ont été remplies, il n'y a plus à songer à aucun mélange du sang dans quelque point que ce soit du cercle vasculaire artériel; car les deux systèmes vasculaires, dont l'un a sa racine dans le cœur droit et l'autre dans le cœur gauche, ne communiquent nulle part entr'eux, et sont tout-à-fait indépendans l'un de l'autre.

Le retour du sang de l'aorte ascendante par la veine cave supérieure, et le passage de celui de l'aorte descendante dans ses nombreuses ramifications, et surtout dans les artères ombilicales qui l'amènent au placenta, d'où

---

dans l'aorte et l'autre dans l'artère pulmonaire. Lorsque le tout fut bien en ordre, M. Kilian et un aide poussèrent en même temps l'injection dans les deux troncs vasculaires. Dans l'examen qu'on fit ensuite, il se trouva que l'aorte ascendante ou cérébrale était remplie uniquement de matière verte, tandis que l'aorte abdominale ne contenait que de la matière rouge. Quelques gouttes seulement de matière verte s'étaient mêlées tout-à-fait en haut de la crosse, avec la matière rouge, mais on pourrait peut-être attribuer ce mélange à la force inégale avec laquelle l'injection fut sans doute poussée de part et d'autre.

L'anatomie pathologique enseigne aussi que toutes les fois que l'aorte prend naissance des deux ventricules du cœur, le canal artériel est très-peu développé ou manque totalement. Mais le cas le plus important sous ce rapport a été publié par Steidele, dans un recueil intitulé : *Sammlung chirurgischer Beobachtungen*, tom. II, p. 114-116. — Dans ce cas l'aorte naissait, comme à l'ordinaire, du ventricule gauche, *et ne se distribuait qu'à la tête et aux extrémités supérieures;* l'artère pulmonaire qui prenait son origine dans le ventricule droit, fournissait deux petites branches pour les poumons, *et se continuait comme aorte descendante* sans communiquer le moins du monde avec l'aorte ascendante. L'enfant, qui était bien conformé dans toutes ses parties, mourut peu d'heures après la naissance. Des cas analogues ne sont peut-être pas aussi rares qu'on pourrait le penser, mais on n'examine pas toujours avec assez de soin les cadavres de fœtus bien conformés.

il revient par les radicules de la veine ombilicale, sont des phénomènes trop bien connus pour être de nouveau décrits en détail. S'il reste un point difficile à éclaircir, c'est la circulation placentaire elle-même, et surtout le rapport dans lequel le placenta se trouve avec les parois de l'utérus.

De ce qui vient d'être dit, il résulte que la principale différence entre l'appareil circulatoire du fœtus et celui de l'adulte, consiste en ce que la veine cave inférieure contribue, dans le fœtus, à remplir deux oreillettes, et en ce qu'il y a un double aorte.

La branche gauche, ou si l'on veut, la colonne de sang de la veine cave inférieure, qui se rend immédiatement dans l'oreillette gauche, est pour le fœtus ce que les veines pulmonaires, ou le sang qu'elles charrient, est pour l'adulte. Aussi la branche gauche de la veine cave inférieure et les veines pulmonaires sont-elles, dans le fœtus, dans un rapport inverse entre elles; lorsque les veines pulmonaires n'existaient pas encore, la veine cave inférieure donnait tout son sang à l'oreillette gauche; lorsque les veines pulmonaires commençaient à se former, la veine cave inférieure se divisait en ses deux branches principales, savoir; l'une gauche beaucoup plus grande, et l'autre droite plus petite. A mesure que les veines pulmonaires se développaient, l'orifice gauche de la veine cave inférieure se retrécissait, jusqu'à ce qu'il vienne à disparaître presque complètement au moment de la naissance. On peut donc dire que la branche gauche de la veine cave inférieure est destinée à préparer la moitié gauche du cœur à l'importante fonction qu'elle doit remplir par la suite. On sait que la veine cave inférieure contient, dans le fœtus, du sang artérialisé; ce sang passant pour la majeure partie dans l'oreillette gauche, a donc pour effet d'habituer en quelque sorte, cette oreillette et le

ventricule correspondant, au contact du sang artériel qui, plus tard, ne lui arrivera plus que par les poumons.

La prépondérance que la moitié droite du cœur acquiert sur la moitié gauche, dans les derniers mois de la vie fœtale, tient à la quantité de plus en plus grande de sang qu'elle reçoit de la veine cave inférieure, au préjudice de la moitié gauche, qui en reçoit davantage par la voie des veines pulmonaires, à mesure que le trou ovale se retrécit.

La circulation dans le fœtus forme un cercle proportionnellement beaucoup plus grand que dans l'adulte; parce qu'une grande partie du sang, chez le premier, circule hors du corps, dans les vaisseaux ombilicaux et le placenta. Le ventricule gauche du cœur ne suffirait pas à lui seul pour faire mouvoir toute la masse du sang; aussi le ventricule droit prend-il part à la grande circulation. Sans cette disposition le ventricule gauche aurait acquis un développement et une force hors de toute proportion avec le ventricule droit; l'équilibre n'aurait pu se rétablir à l'époque de la naissance sans trouble et sans des phénomènes orageux, qui auraient mis en danger la vie du jeune individu.

L'aorte prenant naissance dans les deux moitiés du cœur, il en résulte : 1.° que la force active ou contractile de cet organe est distribuée à-peu-près également sur les deux moitiés, et que les parois de l'une ne peuvent se développer aux dépens des parois de l'autre. Aussi, les deux moitiés du cœur ont-elles dans le fœtus des parois d'une force à-peu-près égale, et même le ventricule droit offre une texture musculeuse plus dense qu'après la naissance; 2.° le ventricule droit est préparé d'avance à la destination qu'il doit remplir plus tard, c'est-à-dire, celle de pousser le sang vers les organes où il doit s'artérialiser, et qui sont dans le fœtus, le placenta et le foie; 3.° la même disposition explique aussi la différence du mode de nu-

trition et de développement de la moitié supérieure et de la moitié inférieure du corps; 4.° elle favorise aussi le développement progressif des poumons; car la moitié droite du cœur recevant tout le sang de la veine cave inférieure, qui est peu-à-peu exclue de l'oreillette gauche, il s'ensuit que l'aorte abdominale en devient de plus en plus riche; l'excédant qu'elle reçoit passe en grande partie dans ses deux branches collatérales, qui sont les véritables artères pulmonaires. La circulation abdominale ne subit guère de changement à cette époque. L'opinion suivant laquelle le canal artériel n'existe que pour détourner le sang des poumons est à rejéter; il est plus juste de dire que la présence de deux aortes est nécessaire pour amener la possibilité d'une circulation pulmonaire indépendante après la naissance. Quant à la raison fondamentale de tous les phénomènes et de tous les changemens dont il vient d'être question, M. Kilian la trouve uniquement dans la structure particulière de la veine cave inférieure, à l'endroit où elle se termine dans le cœur; c'est elle qui a rendu nécessaire toutes les autres dispositions particulières du cœur du fœtus, et les métamorphoses qui se passent dans la veine cave inférieure, entraînent le développement ultérieur du cœur et des gros vaisseaux qui en tirent leur origine. L'étude des rapports anatomiques et physiologiques de la veine cave inférieure mérite donc une sérieuse attention, et l'on se sentira spontanément conduit, dit l'auteur, à reconnaître la haute importance de ce vaisseau, qui jusqu'ici n'a été justement apprécié que par un petit nombre de physiologistes.

Cas de cancers traités par la compression, avec des observations sur la nature de cette maladie et sur la méthode employée pour la traiter ; par SAMUEL YOUNG. *In*-8.° 300 *pages. Londres*, 1818. (II.° partie.) (1)

Dans la première partie de cet ouvrage publiée en 1814 l'auteur s'est contenté de rapporter quelques faits qui prouvaient l'utilité de la méthode qu'il avait proposée et employée le premier ; dans celle-ci il cite de nouveaux faits, ajoute quelques détails à ceux déjà rapportés, et fait quelques réflexions sur la nature du cancer.

Après avoir donné des louanges à MM. Deman et Pearson qui, dans leurs écrits sur le cancer, ont regardé cette affection comme locale, il cite le travail qu'il publia lui-même en 1805 sur ce sujet, et qui se trouve imprimé à la suite de celui dont nous donnons ici l'analyse ; il s'étend particulièrement sur deux ouvrages plus anciens, l'un de M. Becket, chirurgien Anglais, publié en 1811, l'autre de M. Gendron, docteur de la faculté de Montpellier, de 1692. Ces deux auteurs paraissent avoir traité avec succès un grand nombre de cancers ; ils n'indiquent pas, suivant l'usage de leur temps, le traitement qu'ils employaient, mais l'auteur regarde comme très-probable que tous deux se servaient de préparations arsénicales. Ils regardent l'affection comme purement locale, et citent même des cas où, lorsqu'après l'application de leur caustique, ils enlevaient de force l'escarrhe qu'il avait produite, ils entraînaient des filamens plus ou moins longs, plus ou moins nombreux qui sortaient des parties saines et ressemblaient aux racines qui suivent un oignon que l'on arrache de terre à l'époque de la végétation. Notre auteur accumule contre l'opinion du docteur Par, qui à l'article *Cancer* du

(1) *Voyez Arch. gén. de Méd.*, tome XIV, page 85. (G.)

Dictionnaire de médecine de Londres, regarde cette maladie comme constitutionnelle, les faits et les raisonnemens pour prouver que le point de départ est toujours local; mais que, comme toutes les autres maladies, le cancer, par sa longue action sur l'organisme, finit par lui imprimer un cachet particulier. L'auteur traite ensuite de la compression proprement dite, qu'il venge d'abord des reproches qu'on lui a faits, et des essais tentés par des personnes qui ignoraient la manière de l'employer, ou qui ne lui donnaient pas toute l'attention qu'elle mérite, et sans laquelle ce moyen ne peut réussir.

C'est ainsi que la compression a pu être employée même sur des femmes enceintes, sans qu'il en résultât rien de fâcheux. Chez une dame que M. Astley Cooper avait refusé d'opérer d'un cancer au sein, et qui était enceinte de huit mois, la compression eut les plus heureux effets, quoiqu'elle fût dans l'état le plus fâcheux, et que l'on fut obligé d'entreprendre le traitement aussitôt.

Chez l'autre, qui était également enceinte et dont les seins fournissaient du lait et étaient extrêmement irritables, deux tumeurs, dont l'une occupait l'aisselle gauche et s'étendait jusque sous le muscle pectoral, et l'autre était en dedans du sein avec une tuméfaction considérable autour de la clavicule, furent traitées par la compression, non seulement avec un succès complet, mais encore sans occasionner le moindre inconvénient. Si entre les mains de quelques personnes ce moyen a plusieurs fois nui, c'est qu'elles n'ont pas pris tous les soins nécessaires; il en est de même des grandes opérations, qui peuvent être faites par des ignorans et avoir dès lors un effet tout contraire à celui qu'on en attend.

Les pièces d'appareil employées par l'auteur pour exercer la compression, sont des compresses, des bandes, de la charpie, des emplâtres de diachylum pour les seins non

ulcérés, de la chaux en poudre, de l'amidon ou poudre à poudrer, de petits coussins pour placer dans les endroits où la bande pourrait faire mal, comme à l'épaule, sur le côté, etc.; l'auteur ajoute des plaques d'étain et d'acier, et même il dit avoir retiré plusieurs fois des avantages de deux plaques d'acier, dont l'une est traversée par un écrou qui l'éloigne à volonté de l'autre, mais ces moyens exigent de grandes précautions. Il s'étend longuement sur la manière d'appliquer le bandage, finissant par dire que chaque cas, chaque jour doit exiger quelque modification.

Cependant les chirurgiens de l'hôpital de Middlesex avaient été chargés de faire des recherches sur la compression; et Ch. Bell avait fait le rapport suivant.

« Huit malades affectés de cancer ulcéré, et huit autres de tumeurs squirrheuses ont été soumis au traitement par la compression, quelques-uns pendant plusieurs mois, d'autres pendant un plus court espace de temps.

» Dans plusieurs des cas de cancer ulcéré, compliqué d'un œdème considérable, la compression a été utile en diminuant le volume de la tumeur, mais elle n'a eu, pas même dans un seul cas, aucun effet salutaire sur la nature *spécifique* de la maladie : souvent elle occasionna tant de douleurs, que les malades ne pouvaient pas, après des essais répétés, la supporter de quelque manière qu'elle fût faite, et souvent elle a paru hâter la mort.

» Dans les tumeurs squirrheuses, la maladie n'a pas cessé de faire des progrès, et a rendu l'extirpation nécessaire dans deux cas. Dans deux autres, la tumeur a passé à l'état d'ulcère en prenant le caractère particulier à ce genre de maladie, et a déterminé la mort. Deux des malades sont encore dans les salles.

» Les membres de votre comité, quoiqu'ils ne puissent pas prétendre à la découverte d'un *spécifique*, ont cepen-

dant la consolation de croire que dans plusieurs cas ils ont obtenu une grande diminution des douleurs : soulagement qui pourrait porter quelques esprits hardis, plus riches d'imagination que d'expérience, à conclure qu'ils ont enfin réussi à trouver un remède contre le cancer. »

» Mais, dit M. Young, pour apprécier le mérite du traitement par la compression dans les maladies cancéreuses, il faut tenir compte de toutes les circonstances, et surtout de la manière dont ce moyen a été appliqué. Il faut préciser quels étaient les cas dont on parle, dire s'ils étaient tellement avancés qu'ils ne laissaient plus aucun espoir de guérison. Si c'est un essai que l'on a voulu faire, pourquoi n'avoir pas donné le détail de toutes les circonstances de chaque cas ? Pourquoi n'avoir pas dit par qui les applications du bandage furent faites, par la garde, la malade, l'élève ou le chirurgien ? à quoi bon parler de spécifiques, ne connaît-on pas la manière d'agir de la compression ? Autant vaudrait dire que la pelotte herniaire est un spécifique contre l'étranglement. On a vu dernièrement l'effet de la compression dans un cas d'éléphantiasis à l'hôpital St-George : la cuisse du malade qui avait 35 pouces de circonférence a été réduite à 14. L'auteur, avant de citer de nouveaux faits en faveur de la compression donne plusieurs détails sur quelques-uns des malades dont les observations ont été rapportées dans la 1.re partie de son ouvrage.

» 1.° Thomas Lee, qui fait le sujet de la 5.e observ. n'a point éprouvé de récidive ; sa lèvre est dans le meilleur état, quoique trois années se soient écoulées depuis sa guérison.

» 2.° Elisabeth Bart (3.° *fait*) qui cessa son traitement, complètement guérie le 22 décembre 1814, ne m'a donné aucune nouvelle de sa santé depuis l'automne de 1815, quoique je lui eusse bien recommandé de me faire connaître son état si elle venait à éprouver quelque douleur du côté du sein.

3.° Frances Day (6.e *cas*) a vu disparaître complètement la tumeur qu'elle portait au sein : depuis elle s'est mariée, et en juillet 1817, un de mes amis qui était allé à Bedford où elle demeure, et que j'avais chargé de s'informer de sa santé me rapporta qu'elle était devenue mère et qu'elle se portait bien, n'ayant éprouvé aucun accident du côté du sein autrefois malade.

4.° » Je n'ai point entendu parler de M.e Brown (VII.me *Cas*) depuis sa guérison, quoiqu'il lui eût été facile de m'en instruire si la maladie eut récidivé, et que M. Margrath qui l'avait traitée, m'ait adressé depuis une autre dame qu'il a traitée avec un succès égal.

5.° » M.e Jenning (VIII.me *Cas*), dont la guérison pouvait être regardée comme étonnante à cause de l'étendue du mal, de la gravité des symptômes, et surtout de son âge avancé, s'étant exposée vers le commencement de juillet 1815 à un air un peu frais, fut prise d'une angine, et mourut subitement le 15 du même mois.

» *Ouverture. — Habitude extérieure.* — Large cicatrice qui occupe tout le devant de la poitrine, ne laissant aucune trace des mamelles; elle est recouverte d'un épiderme bien formé, dont on sépare facilement quelques portions avec la spatule. En disséquant les tégumens qui recouvrent la poitrine, on trouve le muscle pectoral de chaque côté entièrement perdu dans une masse de substance cartilagineuse compacte, mais surtout à gauche; à droite, une petite portion du muscle est restée saine près de l'aisselle.

» *Cavité thoracique.* — En soulevant le sternum on remarque des adhérences très-étendues et très-anciennes, surtout vers la partie inférieure du poumon droit, entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire.

» *Poumons.*—Etat naturel; les deux cavités contenaient environ trois pintes de sérosité.

» *Cœur.* — Notablement mou, sans altération organique.

» *Larynx* et *glotte.* — Remplis de salive.

» *Estomac.* — Sain, distendu par des gaz.

» *Foie.* — Toute sa substance paraît profondément altérée et indurée; adhérences nombreuses entre sa face supérieure et la face inférieure du diaphragme. *Vésicule* très-rétrécie, contenant un grand nombre de calculs biliaires. M. Gréan, présent à l'autopsie, m'a appris que 20 ans auparavant, il avait traité cette maladie pour une affection du foie.

Voici les autres cas qui ne se trouvent pas rapportés dans la première partie de ce travail.

I.er *Cas*, suivi par le docteur Penrose. — Kyste du sein droit sur le point de s'ulcérer; sein peu volumineux et rempli par le kyste et une masse squirrheuse qui se trouvait plus spécialement au-dessous du mamelon, lequel était lui-même retiré en dedans. Peau mince et brillante, traversée par de grosses veines variqueuses; dans un point surtout elle faisait une forte saillie comme si elle eut été soulevée et l'on sentait de la résistance dans ce point, tandis que le reste de la surface du kyste était uniformément rond, et présentait une fluctuation évidente « D'où je conclus que d'un point quelconque de la cavité du kyste il s'élevait un fongus qui soulevait la peau dans le point que je viens d'indiquer. » Les premières applications furent difficiles à cause de l'état de la peau qui était sur le point de s'ulcérer, et qui cependant ne tarda pas à revenir à son état naturel; les veines disparurent; le fongus cessa d'être sensible; le mamelon revint à sa forme et à sa situation primitives; le kyste perdit beaucoup de son volume, il finit même par s'affaisser complètement; mais la malade ayant repris ses occupations ordinaires trop tôt, il se remplit de nouveau, et ainsi plusieurs fois de suite;

ce qu'il y eut de très-remarquable, c'est que la malade ayant été prise d'un érysipèle, ce qui lui arrivait souvent, l'inflammation qui avait envahi tout le côté droit, la région de l'aisselle, toutes les parties voisines du sein, avait cependant respecté les parties soumises à la compression qui conservèrent leur couleur naturelle, laquelle contrastait fortement avec le cramoisi sombre des parties voisines.

« J'ai observé dans beaucoup d'autres cas cette heureuse influence de la compression sur la peau ou même sur des cicatrices nouvellement formées, pendant que les parties voisines sont envahies par des érysipèles ». On se décida après plusieurs inflammations successives à faire une ouverture au kyste, qui ensuite guérit promptement; longtemps après la malade était très-bien.

» On doit, dans les cas de kyste, éviter avec le plus grand soin que la peau ne s'ulcère; il faut la soutenir, lui donner de la vigueur en la comprimant avec les parties voisines, car l'ulcération est bientôt suivie de l'apparition du fongus et d'une suppuration qui épuise le malade. »

II.me *Cas.* — Miss A... âgée de 23 ans; depuis 15 mois tumeur squirrheuse en dehors du sein droit, avec des douleurs qui s'étendent jusqu'au bout des doigts, l'aisselle du même côté est affectée; cet état est attribué à un coup qui fut suivi d'une vive douleur et de l'inflammation de la partie. Le pansement est fait (le 3 octobre 1814) avec l'emplâtre de diachylon, une plaque de plomb et la bande. Après quatre semaines on distinguait à peine les restes de la tumeur; la compression fut cependant continuée jusqu'au 6 mai 1815, époque à laquelle le sein malade ne différait en rien du sein opposé, si ce n'est qu'il était moins volumineux.

III.me *Cas.* — M.e S... éprouva en 1812, un grand dérangement dans sa santé; en 1813, elle remarqua dans son sein droit une tumeur indolente très-dure, du volume

d'une noisette et qui alla en augmentant malgré plusieurs applications de sangsues, et la ciguë prise à l'intérieur; bientôt même elle devint le siège de violentes douleurs, qui forcèrent la malade à consulter M. Astley Cooper. Les règles se dérangèrent en 1814. Le 20 mai 1815, la tumeur était très-volumineuse, bosselée, d'une dureté remarquable, présentant des points très saillans recouverts par une peau profondement altérée, sur le point de s'ulcérer; elle occupait tout le sein droit et s'étendait jusque dans l'aisselle. La compression fut commencée, et au bout de quatre semaines la peau était revenue à son état naturel. La malade, assez docile sous le rapport du régime, se servait du bras du côté affecté malgré tout ce qu'on put lui dire. Le 27 juillet, la diminution de la tumeur était vraiment surprenante; elle présentait à peine le 8.e de son volume primitif et était très-mobile; mais la malade ne cessant de se servir de son bras, les glandes de l'aisselle étaient devenues douloureuses. Enfin, un jour qu'elle avait lavé et repassé beaucoup de linge, elle fut prise d'une forte fièvre, et son bras depuis long-temps tuméfié devint le siège d'une inflammation à laquelle elle succomba.

IV.me *Cas*. — M.e S... très-avancée en âge; le sein gauche était entièrement perdu dans un vaste ulcère; on voyait en outre des tubercules ramollis entre la clavicule et le scapulum; de la partie inférieure et antérieure de cet ulcère, naîssait un engorgement long de plusieurs pouces, qui descendait vers l'ombilic et qui fut absorbé sous l'influence de la compression. Le sein droit, qui bornait l'ulcère à droite, était lui-même converti en une masse squirrheuse parsemée à sa surface de petits tubercules ramollis; le bras gauche était presqu'immobile et la tête elle-même portée à gauche. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est qu'au milieu d'une telle désorganisation, et qui existait depuis tant d'années, le système lym-

phatique n'avait éprouvé aucune altération. L'aisselle ne présentait aucune glande engorgée, et le bras qui ne pouvait être mu à cause de l'état de la peau et de l'articulation scapulo-humérale n'était point tuméfié.

La compression exercée comme à l'ordinaire produisit des effets étonnans; elle fit disparaître un fongus considérable qui occupait l'angle inférieur de la plaie, et qui en disparaissant laissa à découvert une masse squirrheuse, occupant le centre de l'excavation et parfaitement détachée excepté vers sa base; cette production avait plusieurs pouces de long; sa consistance était entre celle du cartilage et de l'os. Il fallut de très-forts ciseaux pour en couper quelques portions, et encore on ne pouvait le faire sans produire un ébranlement et un bruit très-désagréables à la malade. Sa couleur était d'un blanc jaunâtre, quelques secondes après qu'on en avait incisé une portion, la surface mise à nu présentait des points rougeâtres, mais peu nombreux. La malade, qui avait pris une grande quantité de ciguë, était affectée d'un asthme que n'aggrava point le traitement; le vaste ulcère se cicatrisa ainsi que les tubercules nombreux qui l'environnaient, le bras recouvra une partie de ses mouvemens, et M.e S... vécut encore pendant deux ans avec une santé rare à son âge.

V.me *Cas*. — M.e H... âgée de 50 ans, a eu plusieurs enfans qu'elle a nourris; ses règles étaient supprimées depuis quelque temps, lorsque durant l'automne de 1815, elle sentit dans son sein une tumeur qui devint très-douloureuse, surtout à certaines époques, et augmenta beaucoup de volume; en avril 1816, la peau était sur le point de s'ulcérer; la compression, qui fut exercée alors, fit disparaître presque complètement la tumeur. On employa dans ce cas des lames de plomb, et même on eût recours aussi aux lames d'acier réunies par un écrou. La peau elle-même sous l'influence de ce moyen

revint à son état naturel, se détachant par plis circulaires.

Lorsqu'on cessa le traitement, le sein avait à peine le tiers du volume de celui du côté opposé; la peau qui le recouvrait présentait un grand nombre de plis; la santé de M.me H..... était très-bonne, et dans les derniers temps de son traitement elle venait de sa campagne se faire panser à une distance d'environ quarante milles, puis elle retournait chez elle, pour revenir au bout de six semaines ou deux mois faire appliquer de nouveau son bandage qui restait pendant tout ce temps sans que l'on y touchât.

VIem. *Cas.* Mme. F..... 40 ans, mariée, beaucoup d'enfans, poitrine large, seins volumineux, le droit surtout qui présente une tumeur d'une densité remarquable sur laquelle la peau est adhérente dans une assez grande étendue, et il en est quelques points qui paraissent évidemment de nature squirrheuse, et surtout au-dessous du mamelon où elle n'est pas mobile, et semble adhérer au cartilage des côtes correspondantes. Depuis quatre ans, la malade a été soumise à divers traitemens, et surtout à une diète très-sévère qui ont agi d'une manière fâcheuse sur l'état général de sa santé : la voyant dans un état d'épuisement presque complet qui s'accompagnait de vertiges et d'autres accidens nerveux, je lui prescrivis l'usage de la chair de poisson, et la ramenai peu-à-peu à la diète animale, au grand avantage de sa santé. Je lui ordonnai aussi quelques doses de calomel, d'antimoine et une décoction de dandélion (pissenlit).

La tumeur résista pendant quelque temps à la compression, surtout vers le point où elle semblait adhérer aux côtes; cependant elle finit par disparaître et le sein put être porté dans tous les sens, élevé, abaissé ou comprimé, sans que la malade éprouvât la moindre douleur.

Les pansemens dans ce cas furent très-rapprochés : par exemple, du 25 janvier au 29 *idem*, du 2 février au 7 *idem*.

J'ai rencontré depuis Mme. F....; elle jouissait de la meilleure santé et n'avait rien éprouvé du côté du sein, quoique deux années se fussent écoulées depuis qu'elle a cessé tout traitement.

7me. *Cas*. Mme. S.... mariée, 50 ans, beaucoup d'embonpoint, sein droit d'un volume énorme, donnant au toucher la sensation du suif, avec des points durs et évidemment squirrheux. Ce sein, malgré sa pesanteur et son volume, n'est pas pendant, mais il forme une masse solide, très-peu mobile sur les parties sous-jacentes. La peau tendue, incolore, ne peut être plissée sur la tumeur. L'espace creux qui se trouve entre le tendon du grand pectoral et l'épaule, est rempli par une partie de la tumeur qui s'élève jusqu'à la clavicule. Le bras et la main sont tuméfiés; la tumeur est le siège de fortes douleurs. La compression commencée le 15 novembre 1816, ramena bientôt le sein à son état naturel; la tumeur qui était au-dessous du tendon du grand pectoral disparut complètement; le sein est devenu mou et lâche; on peut former avec la peau qui le recouvre des plis nombreux; le bras et le sein ne sont plus tuméfiés; cette dame ne porte plus maintenant qu'un simple bandage de précaution pour soutenir le sein.

« Je ne puis m'empêcher de rapprocher de ces deux cas un fait qui suivit une marche presque semblable jusqu'à une certaine époque de la maladie, mais qui eut une terminaison fâcheuse. » Chez la dame qui fait le sujet de cette observation et qui portait depuis long-temps une tumeur au sein, la maladie suivit la même marche pendant la première période; le sein était énorme et rempli par un kyste que surmontait un fongus de douze pouces

de circonféren ce sur quatre de hauteur. Aussitôt que le fongus eut disparu sous l'influence de la compression, une partie du tissu compacte de nature squirrheuse, qui formait la surface du sein lui-même, se détacha et mit à découvert une cavité d'où il sortit plus d'une pinte d'un liquide brunâtre de l'odeur là plus fétide. Les parois de ce vaste kyste continuèrent à sécréter la même espèce de fluide, quoiqu'en moindre quantité, et la malade mourut épuisée, bien que la compression eût ramené le sein à un tiers seulement de son volume.

VIII.e *Cas.*—E... domestique du duc de Buccleugh, âgée de 35 ans, non mariée; une tumeur de nature évidemment fongueuse occupait la plus grande partie du sein gauche, la peau était tendue, décolorée et évidemment altérée. « Je dis alors positivement à la personne qui amenait cette malade que si la peau venait à s'ulcérer d'une manière notable, je considérais cette femme comme hors de tout espoir. La compression fit tomber presque toute la partie affectée, et il n'en resta qu'une base étroite et mince; mais dans ce cas, comme dans les autres, la malade ne pouvait échapper à une mort qui est inévitable quand l'ulcération en est arrivée à ce point. J'avais porté ce pronostic fâcheux sachant par l'expérience que les tumeurs fongueuses, ou les cancers mous, lorsqu'ils sont ulcérés sont incurables, qu'on les traite par la compression ou par tout autre moyen : il est vrai que la compression met à l'abri des hémorrhagies foudroyantes qui ont lieu dans ces cas. et diminue de beaucoup l'étendue de la plaie et la suppuration, mais la mort n'en est pas moins inévitable. Il est encore bon de faire remarquer pour le diagnostic, que dans ces cas, la peau ne s'épaissit pas, elle ne devient point tuberculeuse, mais elle est distendue par la tumeur à mesure que celle-ci augmente de volume et finit par ressembler à une feuille de papier argenté qui serait recouverte d'un liquide d'un rouge obscur. »

IX.e *Cas.*—Un jeune homme portait à la joue, depuis son enfance, une tumeur que plusieurs chirurgiens avaient traitée en vain, et qu'ils avaient considérée comme un *noli me tangere.* Toute la joue était recouverte par cette tumeur d'un rouge cramoisi obscur, parcourue à sa surface d'un grand nombre de vaisseaux sanguins, et recouverte dans quelques points par l'épiderme, dans le reste de son étendue par des croûtes qui cachaient un ulcère d'où coulait une sanie abondante; la joue était très-épaissie, douloureuse aux moindres mouvemens, le jeune homme lui-même était très-pâle, très-abattu. La compression fit disparaître la tumeur, et la santé se rétablit. (Nous regrettons qu'ici l'auteur ne nous ait pas fait connaître les moyens qu'il a employés pour exercer la compression dans ce cas.) « Ce jeune homme, dit-il, est revenu me voir six ou huit mois après qu'il eût cessé son traitement: la joue était très-libre; en exerçant un mouvement de succion il pouvait sans causer la moindre douleur la prendre en pli entre ses dents; il jouissait d'une bonne santé. Il y a deux ans que cette cure est terminée. »

X.e *Cas.* — « On m'envoya du pays de Galle une dame qui était mourante. Le sein tout entier était changé en un fongus épais qui s'étendait jusque dans le dos, remplissait l'aisselle et occupait toute la poitrine, dont la surface était couverte par une peau mince, tendue, comme cela a lieu dans les cas de ce genre, et qui s'était déjà ulcérée sur plusieurs points.

Je devais donc dans ce cas, d'après mes principes, me borner à empêcher ces ulcérations de s'étendre plus profondément, c'est à quoi me servit la compression qui devait soutenir la peau, lui rendre du ton, en même temps qu'elle ferait disparaître la tumeur en excitant les absorbans de la partie. Je prescrivis à la malade plusieurs purgatifs, la décoction de pissenlit et quelques doses d'ellé-

bore noir, pendant les huit jours qui précédèrent l'époque de ses règles. » La compression fut commencée le 4 septembre 1816, et suivie immédiatement de bons effets, elle fut exercée aussi fortement que possible, à l'aide surtout des plaques d'acier et d'un écrou. D'abord les douleurs cessèrent, puis la tumeur disparut, et enfin la malade recouvra une bonne santé.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

ANOMALIE DE LA VISION. — *Observation communiquée par M. J. Godmann.* — L'inversion des images formées sur la rétine par le passage des rayons lumineux à travers la partie antérieure du globe de l'œil, résultant des lois de l'optique, est constante, et cependant ne produit aucune inexactitude dans le jugement relativement à la position des objets, lorsque les autres sens se trouvent dans leurs conditions naturelles. Le cas suivant offre une exception extrêmement intéressante. Un jeune enfant, âgé de 7 ans, fils d'un artiste distingué, commence à recevoir des leçons de dessin de son père. Mais quelle ne fut pas la surprise de celui-ci de voir qu'il retournait tous les objets qu'il essayait de représenter. Si on lui disait de dessiner une chandelle dans son chandelier, il représentait constamment la base en l'air et la flamme en bas. S'il copiait une chaise ou une table, les pieds étaient tournés en haut, et la partie supérieure de l'objet se voyait en bas. Le père, chagrin de ce qu'il soupçonnait être de l'entêtement chez son fils, le menaça et le punit même de cette espièglerie d'un nouveau genre. Lorsqu'on interrogeait l'enfant à cet égard, il assurait qu'il dessinait les objets tels qu'il les voyait; et comme sous tous les rapports, ses dessins étaient très-exacts, il n'y avait aucune raison de douter de ce qu'il disait. Toutes les fois que l'objet était retourné avant qu'il le dessinât, il le représentait dans sa position naturelle, montrant par-là que les sensations qu'il recevait par l'œil correspondaient parfaitement avec l'inversion formée sur la rétine. Cet état de la vision dura plus d'un an; depuis l'âge de 8 ans, l'enfant prit l'habitude de voir les objets dans leur position naturelle.

Des cas, sinon semblables, mais analogues, ont déjà été observés; ainsi, un avocat distingué vit, pendant quelque temps, tous les objets retournés; les maisons lui semblaient reposer sur leurs toits, les hommes marcher sur leurs têtes, etc., etc., et cette aberration

dans la vue, étant occasionnée par un trouble des voies digestives, cessa avec la cause qui lui avait donné naissance. — Le docteur Wollaston, à la suite d'un violent exercice de corps et d'esprit, s'aperçut tout-à-coup qu'il ne pouvait voir que la moitié de la figure des personnes qu'il rencontrait, et il en était de même de tous les autres objets qu'il fixait, de l'écriture qu'il lisait. Le docteur Crawford donne l'histoire d'une femme qui fut frappée d'une légère hémiplégie du côté gauche, qui depuis lors ne put voir que la moitié droite des objets, et chez laquelle cette anomalie persista, quoique le mouvement des membres eut été recouvré. Une autre personne eut, pendant plusieurs années, un dérangement dans la vision de l'œil droit; tous les corps qui produisaient une impression vive sur la rétine, comme une lampe le soir, lui semblaient multiples jusqu'à en voir sept ou huit. (*Journal universel des sciences médicales*; février 1828).

DÉCOLORATION PARTIELLE DE LA PEAU ET DES POILS. — *Observation recueillie par le docteur Brée.* — Un clairon du 20.e léger, âgé de 22 ans, d'une constitution robuste, cheveux noirs, peau très-brune, n'ayant jamais fait de maladie grave, n'ayant point contracté d'affection syphilitique, et n'ayant éprouvé aucun trouble moral, même passager, s'aperçut tout-à-coup que ses cheveux blanchissaient par touffes irrégulièrement disposées; les tégumens crâniens correspondans offraient les mêmes variations de couleur, et la peau de tout le corps ainsi que celle des membres était parsemée de taches blanches, qui donnaient naissance à des poils devenus entièrement incolores. La décoloration de la peau précédait toujours celle des poils, semblait même en être la cause, ou du moins elle l'accompagnait constamment, comme cela s'observe chez certains animaux. Cette affection devint stationnaire après avoir été en augmentant pendant une quinzaine de jours. A cette époque, les alternatives de couleurs étaient très-tranchées; la tête était, dans presque toutes ses parties, couverte de cheveux d'une blancheur parfaite; sur le tronc, on apercevait des plaques irrégulières de la même couleur, qui contrastaient de la manière la plus vive avec la teinte brune des parties qui les circonscrivaient; enfin les poils qui ombragent le pubis avaient acquis la même teinte argentée que présentaient les cheveux; du reste, la santé de cet homme s'est conservée intacte, et sa gaîté n'a pas été altérée. (*Journ. univers. des sciences méd.*; janvier, 1828).

COQUELUCHE DÉVELOPPÉE PAR IMITATION. — M. le docteur Koreff avait traité de la coqueluche un jeune enfant de 6 ans, et ce petit malade entrait déjà en convalescence, lorsqu'un de ses frères fut attaqué subitement de la même maladie, et avec une violence telle que chacun des accès était accompagné d'hémorrhagie nasale. Du

reste, l'enfant avait conservé sa bonne mine habituelle, et cette circonstance, jointe à l'invasion subite de la maladie et à son intensité dès le début, fit soupçonner au docteur Koreff que la toux était purement un effet de l'imitation. Dans cette idée, le petit malade fut éloigné de la maison, et les quintes cessèrent. Revenu près de son frère, l'enfant toussa de nouveau et avec la même violence qu'on avait déja observée; enfin, après avoir, à plusieurs reprises, tenté cette expérience, et toujours avec le même résultat, le jeune malade fut envoyé à la campagne, et sa toux disparut entièrement. (*Nouv. Biblioth. méd.*, etc., mars, 1828).

Cas de parurie erratique ou uroplanie. *Observation recueillie par M. le docteur Arnold.* — Maria Brenton, âgée de 27 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, jusqu'en février 1820, lorsqu'à cette époque elle éprouva une suppression de règles qui s'accompagna d'hémoptysie. Les médecins qu'elle appela la saignèrent abondamment tous les deux jours, et, après l'avoir ainsi débilitée, lui administrèrent une grande dose d'émétique, dont l'ingestion fut suivie d'une chute de matrice et de l'impossibilité complète d'uriner. Elle resta dans cet état pendant environ deux ans et demi, sans éprouver aucun soulagement, quoique, pour la plupart du temps, confiée aux soins de praticiens instruits. Au moyen du cathétérisme, on obtenait l'écoulement de l'urine une fois par vingt-quatre heures, et, lorsqu'on négligeait cette précaution, la malade avait une transpiration abondante vers la région lombaire En septembre 1822, le docteur Arnold fût appelé pour la première fois auprès de la malade, dont la vessie n'avait pas été vidée depuis soixante-douze heures, et peu de temps après il observa que l'urine s'était fait une issue par *l'oreille droite*, d'où elle suintait goutte à goutte, et d'où elle continua de couler pendant plusieurs heures, même après l'introduction du cathéter. Le lendemain, à cinq heures après midi, l'écoulement de l'oreille recommença, dura aussi long-temps que le précédent, et fut plus considérable. On répandit de ce liquide sur une pelle chaude, et il exhala l'odeur propre à l'urine, l'odeur d'urée. L'écoulement se répéta tous les jours, suintant goutte à goutte, mais commençant plus tôt, augmentant en quantité et durant moins long-temps: ensuite il eut lieu deux fois par jours, à trois et à sept heures après midi; bientôt trois fois par jours, à deux, à neuf et à onze heures du soir; ensuite quatre fois, à dix heures du matin, à quatre, à huit et à onze heures du soir, augmentant graduellement en quantité et en vitèsse, jusqu'à ce qu'il en sortit une pinte en un quart d'heure, par un jet à peu près du diamètre d'une plume de corbeau. L'écoulement cessa ensuite d'être aussi régulier; il était accompagné d'une vive douleur au-dessus de l'œil droit et de l'oreille du même côté,

avec une sensation pénible de plénitude. Cette douleur, qui commençait à se faire sentir dès le matin, s'augmentait jusqu'à ce que l'écoulement s'opérât, et, quand l'émission de l'urine n'avait pas lieu, ou seulement était moindre que de coutume, elle devenait des plus violentes et produisait le délire et d'autres anomalies nerveuses. La vue fut bientôt entièrement détruite dans l'œil droit; et souvent celle de l'œil gauche était tellement affaiblie, que la malade ne pouvait plus distinguer aucun objet d'un côté de la chambre à l'autre. L'ouïe du côté droit était très-altérée; la malade ne pouvait reconnaître les sons, et elle entendait constamment un bruit confus, semblable à celui d'une chute d'eau dans le lointain; pendant quelque temps, avant l'écoulement, on entendait un bruit très-distinct, ressemblant à celui que produirait de l'eau tombant doucement dans un vase, et ce bruit était sensible à une distance de plusieurs pieds. La malade ne pouvait en aucune manière provoquer ou arrêter l'écoulement, si ce n'est en inclinant la tête. L'urine se fit ensuite une issue par *l'oreille gauche*, et quelque temps après par l'œil du même côté; mais l'écoulement, par cet organe, ne dura que pendant trois jours, après quoi il s'arrêta. Le 10 mars 1823, l'urine commença à être rejetée en grande quantité de l'estomac, soit avant, soit après l'introduction des alimens avec lesquels elle n'était presque jamais mêlée; plus tard, le mamelon droit, puis celui du côté gauche donnèrent issue à un fluide jaune semblable à l'urine; enfin l'ombilic et le nez devinrent successivement le siége de cette singulière déviation de l'urine. Tous ces liquides étaient identiques et contenaient de l'urée; l'analyse en fut faite à New-Haven, sous la direction du professeur Silliman. Dans la crainte d'être induit en erreur, le docteur Arnold exerça sur la malade la surveillance la plus rigoureuse, la plus assidue, conjointement avec son ami le docteur Web. L'écoulement continue d'avoir lieu par l'oreille droite, le sein droit et l'ombilic, mais il est moindre en quantité et en fréquence qu'il ne l'était dans l'origine; du reste, la malade se maintient dans un état de santé parfaite. (*Journ. univers. des sciences méd.;* février, 1828).

VACCINE PRODUITE PAR LES GRAPPES AUX JAMBES DU CHEVAL. — Le professeur Berndt a inséré dans le *Journal d'Hufeland*, n°. de janvier 1827, l'observation d'un valet d'écurie qui, n'ayant point été vacciné et n'ayant point eu la variole, eut des pustules de vaccine en maniant un cheval affecté de la maladie connue sous le nom d'*eaux aux jambes*. La matière prise de ces pustules, et inoculée, a fait développer des boutons de vaccine vraie chez des individus non encore vaccinés, et n'a rien produit chez d'autres qui l'avaient été ou qui avaient eu la variole. (*Bulletin des sciences médicales;* février 1828).

Pathologie.

Hygrome considérable de l'orbite. — *Observation recueillie à la clinique chirurgicale de M. le professeur Graëfe, à Berlin.* — Une paysanne, âgée de 28 ans, avait déjà eu dans son enfance une contusion à la paupière supérieure droite. Depuis cette époque, elle avait toujours senti une douleur profonde et obtuse, qui arriva à un très-haut degré de violence à la suite d'un coup qu'elle reçut à l'œil dans le cours de sa vingt-septième année. Le globe de l'œil, dont les deux tiers au moins se trouvaient hors de l'orbite, descendait un pouce plus bas que celui de l'autre côté. Au-dessus de lui et dans l'angle interne, on sentait une tumeur élastique et non fluctuante, qui tenait la paupière supérieure dans un état de tension continuelle, sans cependant dépasser en aucun point le bord de l'orbite; en vain cherchait-on à en reconnaître la nature en élevant la paupière autant que possible, le boursouflement énorme de la conjonctive ne permettait pas d'établir un diagnostic positif. D'ailleurs, la vision n'était pas troublée, et la pupille était dans l'état normal, bien que le nerf optique dût être singulièrement tiraillé. On incisa la paupière au-dessus du bord de l'orbite, en la tendant en bas et vers l'angle interne. La tumeur alors fut aperçue, et son enveloppe même ayant été ouverte, il en sortit immédiatement une grande quantité de sérosité jaunâtre et diaphane. La cavité qui en résulta était spacieuse, et on put y porter le doigt jusque dans la profondeur de l'orbite. Le globe rentra spontanément, on introduisit des bourdonnets de charpie dans la cavité, et dans l'espace de cinq semaines la guérison fut parfaite. (*Clinique des hôpitaux*, etc.; tom. II, n.° 28).

Induration très-étendue des glandes du cou. — *Observation recueillie à la clinique chirurgicale de M. le professeur Graëfe, à Berlin.* — Un homme, âgé de 48 ans, portait une tumeur qui s'était graduellement développée depuis son enfance. Cette tumeur, qui s'étendait de l'angle de la mâchoire à la clavicule en recouvrant tout le côté gauche du cou jusqu'à la trachée-artère, avait le volume de la tête d'un enfant; pendant les derniers mois, elle avait pris un accroissement tel que les jours du malade en étaient compromis par la difficulté qu'elle apportait aux actes de la respiration et de la déglutition; elle était très-peu mobile, faiblement élastique, régulièrement arrondie, et recouverte d'une peau saine à la vérité, mais parcourue par des veines nombreuses. Une incision fut pratiquée à travers la peau et le muscle peaucier, depuis l'oreille jusqu'au sternum, le long du bord inférieur du muscle sterno-mastoïdien; la tumeur fut ensuite séparée du tissu cellulaire avec les

doigts, et sans employer le secours d'instrumens tranchans, et tous les vaisseaux furent liés. L'extirpation de la base de la tumeur présentait de grandes difficultés, parce qu'elle était enclavée entre l'œsophage et la trachée-artère. On vit, après qu'elle eût été faite, une large plaie béante, dans laquelle on aperçut en dehors le tronc dénudé de l'artère carotide et celui de la veine jugulaire, en dedans la trachée-artère et l'œsophage. Ces deux derniers organes étaient séparés l'un de l'autre par un espace dans lequel on pouvait pénétrer jusqu'à la profondeur d'un pouce. La plaie fut remplie avec des éponges imbibées d'eau froide, au moyen desquelles on obtint une compression qui fut continuée pendant cinq jours, et qui suffit pour arrêter plusieurs hémorrhagies consécutives. En peu de semaines le malade fut parfaitement rétabli. (*Clinique des hôpitaux*, etc.; tom. II, n.° 28).

SUFFOCATION PRODUITE PAR LA PRÉSENCE D'UNE SANGSUE DANS LE LARYNX. — *Observation recueillie par le docteur Lacretelle.* — Un soldat éprouva tout-à-coup une suffocation imminente; sa face était rouge et gonflée, sa bouche écumeuse, ses yeux renversés, et sa respiration presqu'entièrement suspendue. Ces accidens cessèrent, mais pour reparaître bientôt, et à plusieurs reprises. Aucun signe d'apoplexie ne se manifestant et la respiration seule paraissant embarrassée, on soupçonna la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes, et on se décida à pratiquer la laryngotomie. Déjà on préparait en toute hâte ce qui était nécessaire pour cette opération, quand le malade expira dans un nouvel accès de suffocation. A l'ouverture du cadavre, on découvrit une sangsue logée et recoquillée dans le ventricule droit du larynx; elle y tenait encore avec une telle force qu'on eut quelque peine à l'en détacher. Son corps, légèrement grossi, obstruait la glotte, et rendait presqu'impossible l'entrée de l'air par cette ouverture. (*Journal universel des scienc. méd.*; janvier 1828.)

HYDATIDES SIMULANT UN SQUIRRHE DU SEIN. — *Observation recueillie à la clinique chirurgicale de M. le professeur Graëfe, à Berlin.* — Une jeune fille, âgée de vingt-cinq ans, très-robuste, se plaignit de douleurs dans la mamelle gauche, qui, après avoir commencé dans un point très-circonscrit de la partie supérieure externe de cet organe, s'étendirent successivement, et finirent par acquérir un degré d'intensité considérable. A cette époque, on sentit dans l'endroit affecté une tumeur dure, rénitente, grosse comme un œuf de poule, et divisée en plusieurs lobes, tumeur qui ressemblait beaucoup à un squirrhe situé profondément, mais dont on ne put cependant déterminer la nature précise, vu le développement excessif de la glande mammaire. On essaya de la faire disparaître à l'aide,

des moyens pharmaceutiques appropriés, mais aucune des médications employées ne fut suivie de résultats avantageux, et les douleurs étant devenues intolérables, on procéda à l'opération. La peau fut incisée vers le bord de la glande mammaire qui, s'étant trouvée parfaitement saine, fut disséquée avec précaution. Le muscle grand pectoral, mis à nu, offrait une structure normale, mais était bosselé; il fut divisé suivant la direction de ses fibres dans une étendue de deux pouces et demi, et l'on parvint dans une cavité située au-dessous, et remplie de corps ronds et blancs comme de la neige. C'étaient des hydatides libres, au nombre de dix, dont trois grosses comme des noix et sept plus petites. Ces hydatides, qui pour la plupart s'échappaient d'elles-mêmes par la plaie, étaient parfaitement sphériques et consistaient en une membrane brillante, de couleur lactée, assez solide, épaisse d'une demi ligne environ, et renfermant une lymphe diaphane et albuminiforme. La membrane des plus petites était plus mince et moins blanche, mais plus transparente que celle des autres. M. le professeur Rudolphi, l'un des plus savans helminthologistes du siècle, les examina, mais il ne put trouver aucun signe assez prononcé pour les classer. Les parois de la cavité où elles avaient été contenues, étaient lisses et tapissées par un tissu cellulaire dense qui semblait tenir de la nature des membranes séreuses. On introduisit dans cette cavité un tampon de charpie lâche pour provoquer une inflammation adhésive, mais ce pansement fut insuffisant : il s'écoula long-temps encore une sérosité ichoreuse, et il fallut, pour obtenir l'adhérence entre les parois, recourir à des irritans locaux plus actifs, entr'autres aux injections avec la dissolution de nitrate acide de mercure. La malade ne fut complètement guérie que deux mois après l'opération. (*Clinique des hôp.*, *etc.*; tom. II, n.° 28.)

Hématémèse occasionnée par le séjour d'une sangsue dans l'estomac. — *Observation recueillie par le docteur Wanderbach*, *chirurgien au* 3.e *régiment de hussards*. — Un soldat, âgé de vingt-deux ans, éprouvait depuis quinze jours et sans aucune cause connue, un vomissement de sang accompagné, depuis deux à trois jours seulement, de douleurs et de quelques épreintes dans l'estomac. Le repos, les boissons adoucissantes et le régime le plus sévère furent prescrits; mais malgré ces moyens, les accidens continuèrent à peu-près au même degré pendant les trois jours qui suivirent. Dans la nuit du troisième au quatrième, il *sentit quelque chose* qui, de l'estomac, remontait le long de l'œsophage en lui causant une sensation pénible, et vint se fixer au côté gauche du pharynx, en y produisant une tumeur qui rendit la déglutition et même l'inspiration très-difficiles. Le vomissement cessa dès-lors peu-à-peu; mais le malade crachait continuellement, et ses crachats étaient mêlés, tantôt d'un sang

très-rouge, tantôt d'un sang noirâtre. On chercha à découvrir quel était le corps étranger à la présence duquel étaient dus ces nouveaux symptômes; mais il était situé trop profondément pour pouvoir être aperçu, et aucun instrument ne put être porté jusqu'à lui.

Dans l'idée que ces accidens pouvaient être occasionnés par des vers, une forte infusion anthelminthique avec addition de quelques gouttes anodines fut administrée, mais sans qu'il en résultât de soulagement. Le corps étranger disparut peu de temps après, et les vomissemens recommencèrent. On pratiqua une ample saignée, on donna l'opium à haute dose, et on se disposait à mettre en usage tous les moyens recommandés contre l'hématémèse, lorsque dans la nuit du lendemain (sixième jour), au moment où le malade était un peu assoupi, il fut réveillé par une sensation pénible dans le pharynx, et une contraction subite de cet organe ayant empêché l'objet de s'y fixer et l'ayant fait passer dans l'arrière-bouche, il y porta vivement les doigts et en retira aussitôt une sangsue pleine de vie. Le malade déclara avoir bu plusieurs fois la nuit dans des ruisseaux, mais il ne s'était aucunement aperçu qu'un corps étranger eût pénétré dans son estomac avec le liquide qu'il buvait. A dater de cette époque, tous les accidens se dissipèrent; le régime adoucissant fut continué, et dans l'espace de deux ou trois jours la guérison fut parfaite. (*Journ. univers. des sci. méd.* Janvier 1828.)

Rétention d'urine prolongée. — *Observation recueillie par le docteur Ramm.* — J... H...., âgé de douze ans, se sent indisposé le matin après avoir pris son café. Cette indisposition dont la nature n'est pas indiquée, cède au bout de cinq jours à l'administration d'un vomitif; mais, pendant cet espace de temps, le jeune malade n'a pas rendu une seule goutte d'urine. Un médecin est consulté et prescrit une potion diurétique qui en provoque une abondante émission. Cependant la rétention se manifeste de nouveau, quoique l'enfant, dont la santé reste bonne, ne réduise en aucune manière la quantité de boisson qu'il a l'habitude de prendre. Cet état inquiète les parens, et on a recours une seconde fois au médecin qui, pendant dix-neuf jours, fait donner des bains tièdes savonneux et différens autres remèdes appropriés, sans en retirer le moindre avantage. Enfin, le 20 février 1827, le malade vint avec son père voir M. le docteur Ramm. Depuis plus de sept semaines il n'a pas uriné; tous les deux ou trois jours il a eu une selle très-solide; il n'a jamais sué, pas même après être sorti du bain, et il a bu assez copieusement; son appétit est bon, son sommeil passable; il ne ressent point de douleurs dans la région des reins et de la vessie. Cependant il

ne peut y avoir de fraude, car l'enfant a été soigneusement observé par ses parens qui n'ont aucun intérêt à induire le médecin en erreur. Une consultation a lieu le 22 février, et on y prend la résolution de sonder le malade qui n'a pas été à la garde-robe depuis deux jours, et dont le ventre est tendu. On porte donc une sonde dans la vessie, mais ce viscère est trouvé complètement vide, au point que l'extrémité de l'instrument n'est pas même mouillée. Alors on prescrit: *huile de ricin*, deux gros; *térébenthine de Venise*, six gros; *baume de copahu*, une once: *mêlez s.-a.*; à prendre, trois fois par jour, trente gouttes dans une *émulsion d'amandes douces*. On ordonne en outre de frictionner, deux fois par jour, les régions lombaires avec de l'huile de térébenthine, et on indique pour alimens exclusifs les asperges, le raifort, le céleri, les radis, et pour boisson la bierre. Le 24 au matin, le malade rend plus d'un litre d'une urine claire, légèrement mucilagineuse; il en rend autant le 25 et le 26, et une quantité plus considérable encore les jours suivans. On diminue alors la dose de sa potion, et, le 8 mars, on en discontinue entièrement l'usage, la sécrétion de l'urine étant tout-à-fait rétablie dans son état normal.

Deux observations qui ont quelqu'analogie avec celle ci, se trouvent consignées, la première, dans la Bibliothèque médicale, 1815, la seconde, dans un ouvrage sur les maladies des reins, par M. le docteur Koenig, ouvrage allemand publié à Leipsic, en 1826. (*Hufeland's Journal*; août 1827.)

Rétrécissement circulaire du rectum. — *Observation recueillie par le docteur Longueville.* — M.me M...., âgée de quarante ans, d'un tempérament sanguin, fortement constituée et s'occupant fort peu de sa santé, éprouvait depuis trois ans, époque de son dernier accouchement, une difficulté habituelle d'aller à la garde-robe. Souvent quinze jours s'écoulaient sans qu'elle allât à la selle, puis des douleurs très-vives et qu'elle comparait à celles de l'enfantement, se faisaient ressentir, et étaient accompagnées de l'expulsion d'une petite quantité de matières, soit liquides, soit solides. En outre, elle se plaignait d'une sensation de chaleur douloureuse à l'instant où elle cessait d'uriner. C'est dans cet état que, le 30 août 1827, elle vint consulter M. le docteur Longueville. Celui-ci, soupçonnant quelqu'affection des organes contenus dans le bassin, procéda à leur exploration; la matrice, quoique volumineuse, lui parut dans l'état sain; mais son doigt, introduit dans le rectum et arrivé à trois ou quatre pouces de hauteur, fut arrêté par un obstacle qui lui sembla un rétrécissement circulaire de l'intestin. Il tenta de franchir cet obstacle et y parvint, mais non pas sans causer de grandes souffrances à la malade; alors il sentit, au-dessus de cette espèce de collet,

une dilatation manifeste, résultat de l'accumulation des matières fécales. Il prescrivit l'usage journalier d'un lavement, et l'introduction dans le rectum d'une mèche de charpie enduite de cérat opiacé. Le 11 décembre suivant, M.me M.... revint près de M. Longueville; elle lui avoua qu'elle avait négligé de suivre le traitement, et qu'ayant eu, deux jours avant, une selle très-abondante et très-douloureuse, elle souffrait depuis ce moment beaucoup plus qu'à l'ordinaire. Ventre balloné, douloureux à la pression; déjections liquides presque continuelles; nausées fréquentes; face pâle, grippée; yeux entourés d'un cercle bleuâtre: langue sèche; soif vive; pouls petit et serré; anxiété; mouvemens continuels; décubitus sur le dos; extrémités froides. La limonade gommée, les saignées locales, les fomentations émollientes, les bains généraux furent ordonnés, mais sans succès; les symptômes devinrent de plus en plus graves, et, le 13, à une heure du matin, elle expira.

L'autopsie fut faite quatorze heures après la mort. L'ouverture de la cavité abdominale donna lieu à l'écoulement de trois litres environ d'un liquide séro-purulent. Le péritoine était épaissi, injecté, pointillé; les intestins, fortement distendus par des gaz, étaient recouverts de membranes accidentelles, jaunâtres, molles, récentes, et de nature albumineuse; la même substance remplissait les espaces qui séparaient les circonvolutions les unes des autres. Le rectum, mis à découvert, présentait dans presque toute son étendue, une dégénérescence fibro-cartilagineuse de la tunique musculaire et de la couche cellulaire qui l'unit à la membrane muqueuse; cette dernière offrait, dans les environs de l'anus, un assez grand nombre de veines variqueuses très-développées, et gorgées d'un sang noir qui donnait à cette partie un aspect marbré. A quatre pouces à peu-près de l'orifice de cet intestin, se trouvait un rétrécissement circulaire, permettant à peine le passage d'une plume à écrire, et qui par conséquent avait considérablement augmenté depuis le 30 août; jusqu'à cette époque où il avait été possible d'y faire pénétrer le doigt. La membrane muqueuse, dans ce point, était saine, mais amincie, la tunique musculaire et les deux couches celluleuses qui l'unissent aux membranes péritonéale et muqueuse, étaient transformées en tissu grisâtre, épais, nacré, dur et résistant à l'instrument tranchant. (*Clinique des hôp.*, tom. II, n. 31.)

MALADIE REMARQUABLE DE QUATRE FRERES ET SOEURS. (*Affection cérébrale.*) — *Observation communiquée par le docteur* C. STENGEL. — Une femme des environs de Boeraas, en Norwège, mit au monde, en 1801, un enfant mâle bien constitué. Cet enfant se porta et se développa très-bien jusqu'à l'âge de sept ans. Mais à cette époque la vue s'affaiblit de plus en plus, ses facultés intellectuelles et sa sensibilité

diminuèrent également; dans le cours de la neuvième année, il avait presqu'entièrement perdu la vue, et était devenu insensible aux impressions extérieures : de tous les sens celui de l'ouïe parut se conserver le plus long-temps. Entre la neuvième et la quatorzième année, des accès épileptiques survinrent et devinrent graduellement de plus en plus violens. A quinze ans, l'enfant fut en proie à de vives agitations et poussa des cris horribles. Il resta dans cet état jusqu'à l'âge de vingt-un ans, époque de sa mort. Sa sœur, née quelques années après lui, présenta les mêmes phénomènes, précisément au même âge; elle n'eut point d'écoulement menstruel, et mourut à vingt ans. Peu d'années après la naissance de cette dernière, la mère avait donné le jour à un enfant mâle qui, lorsqu'il eut atteint sa septième année, fut attaqué de la même maladie. A l'époque où cette notice fut rédigée, il avait seize à dix-sept ans, et se trouvait dans le même état de souffrance qui avait occasionné la fin prématurée de son frère et de sa sœur. Enfin, un quatrième enfant, du sexe féminin, fut envoyé, quatre ans après sa naissance, chez des parens qui habitaient un autre endroit, dans la crainte que l'existence des mines métalliques qui existent à Roeras n'influât sur la production de ces terribles accidens. Ce jeune enfant se porta très-bien jusqu'à l'âge de sept ans; mais, à cette époque fatale, les mêmes phénomenes observés chez les trois premiers se manifestèrent, et il est à craindre qu'ils ne se terminent aussi tristement. (*Bulletin des Sciences médicales*: *février* 1828.)

Thérapeutique.

Guérison d'ophthalmo-blennorrhées opiniatres. — M. le professeur Graëfe a employé avec beaucoup de succès la solution de nitrate d'argent concentrée contre les ophthalmo-blennorrhées d'un caractère torpide, accompagnées d'une secrétion purulente très-abondante. Il a principalement constaté l'utilité de cette dissolution dans trois cas de *blépharopyorrhées* catharrales fort intenses. L'écoulement purulent, extrêmement abondant, avait déjà duré plusieurs semaines sans interruption, le gonflement des paupières était très considérable, une infinité de granulations fongueuses végétaient sur la conjonctive palpébrale, la conjonctive oculaire était ramollie et boursoufflée jusques sur la cornée transparente; enfin, tous les symptômes, excepté la *photophobie*, indiquaient le caractère torpide de cette affection. Tous les moyens recommandés dans le cas de ce genre ayant été mis en usage sans amener aucun changement favorable, on instilla dans les yeux, deux fois par jour, une certaine quantité d'une dissolution de dix grains de nitrate d'argent dans une once d'eau distillée. Des douleurs modérées se faisaient sentir, pendant

cinq à six minutes, à la suite de ces instillations; les malades éprouvaient ensuite un soulagement marqué. Deux à trois jours suffirent pour la disparition complète de la photophobie, et l'amélioration devint promptement telle qu'on put, au bout de huit jours, remplacer le nitrate par des collyres moins actifs qui achevèrent la guérison. Il est essentiel d'employer les dissolutions des sels métalliques à l'état d'assez grande concentration, lorsqu'on veut s'en servir pour combattre des écoulemens abondans de matière albumineuse : en effet, sans cette précaution, les sels employés sont décomposés en totalité par les substances albumineuses avec lesquelles ils sont mis en contact, et il n'en reste plus pour agir sur les surfaces malades. Si cette décomposition ne s'opérait pas, les yeux sur lesquels la dissolution de nitrate d'argent est instillée, seraient très-probablement détruits plutôt que guéris par elle. (*Revue médicale*, *etc.*; *mars* 1828.)

Ophthalmie purulente guérie par le chlorure d'oxyde de calcium. — Un musicien, âgé de trente-quatre ans, vint consulter le docteur Varlez pour une affection inflammatoire de l'un des yeux. Il présentait les symptômes suivans : les paupières étaient rouges et fortement tuméfiées, la conjonctive boursouflée se repliait sur la cornée transparente qu'elle recouvrait presque entièrement; un pus épais et visqueux était sécrété et découlait sur la joue; une céphalalgie sus-orbitaire des plus violentes se faisait ressentir continuellement; la peau était chaude, et le pouls dur et fréquent. L'artère temporale fut ouverte, et on en retira dix neuf onces de sang. Les deux paupières furent ensuite écartées l'une de l'autre avec beaucoup de précaution, et on étendit sur toute la conjonctive affectée *une solution légère de chlorure d'oxyde de calcium* au moyen d'un petit pinceau, parce qu'il eût été difficile de préparer les bords des paupières suffisamment pour en faire l'application d'une autre manière, après quoi on appliqua sur l'œil une compresse imbibée d'eau froide qu'on renouvela fort fréquemment pour entretenir la fraîcheur. Toutes les trois heures, on revint au chlorure. Dès la troisième application de cette substance, la suppuration avait sensiblement diminué; le pus offrait moins de consistance et de viscosité. Une nouvelle saignée, de dix onces seulement, fut pratiquée au bras droit, et on continua l'emploi de la solution de chlorure et des compresses trempées dans l'eau froide. Le lendemain, la secrétion du pus était presque nulle, et le malade pouvait entr'ouvrir les yeux. Enfin, au bout de douze jours de ce traitement, la guérison était parfaite. La même médication fut mise en usage chez un second sujet affecté d'une ophthalmie de même nature, et avec un égal succès. Lorsque les symptômes inflammatoires ne présentent pas une inten-

sité très-considérable, M. Varlez prescrit de vingt-quatre à trente-six grains de chlorure par once d'eau distillée, en recommandant de faire renouvoler cette solution chaque jour; mais si l'inflammation persiste, et que le malade supporte cette application sans douleur, il porte la dose du chlorure jusqu'à deux, trois et même quatre gros pour la même quantité d'eau. Dans les cas où la tuméfaction des paupières est telle qu'il ne peut faire arriver la solution sur toute l'étendue de la conjonctive, il l'injecte avec une petite seringue, et parvient ainsi à la mettre en contact avec toutes les surfaces affectées. (*The London medical and physical Journal; novembre* 1827.)

TRACHÉOTOMIE. — *Observation recueillie à la Clinique chirurgicale de Berlin.* — Une grande fève, tombée dans la trachée d'une jeune fille de neuf ans, tandis qu'elle riait, déterminait par intervalles des quintes d'une toux convulsive, et qui devenait de plus en plus violente. Trente-six heures après son accident, elle fut transportée dans l'une des salles de la Clinique. Des accès d'étouffement alternaient avec des défaillances d'épuisement. Une douleur *stringente* se faisait sentir sous la partie supérieure du sternum, et s'accroissait à chaque inspiration; enfin, l'angoisse était extrême, et l'enfant appelait la mort pour en être délivrée. Malgré que l'on pût craindre que la fève ne se fût déjà engagée dans les bronches, M. le professeur Graefe fit une incision d'un pouce à la partie inférieure de la trachée; la parole s'éteignit, et une grande quantité de mucus sanguinolent s'écoula par la plaie, ce qui soulagea beaucoup la malade; mais on n'apperçut point la fève, et l'on ne put la trouver ni par des sondes, ni par des pinces étroites introduites dans les bronches, tentatives auxquelles on dut renoncer promptement, parce que le contact des instrumens sur la membrane muqueuse déterminait des étouffemens accompagnés de spasmes universels. On la saigna, on lui donna de l'opium et on mit un morceau de gaze sur la plaie. La nuit se passa assez bien; mais, le lendemain, les accès d'étouffemens revinrent avec une violence telle qu'on craignit pour la vie de la malade. On prolongea l'incision jusqu'à la partie supérieure du sternum. On tenta alors d'introduire de nouveau une petite pince dans les bronches; il en résulta des spasmes avec une toux convulsive pendant laquelle on vit paraître l'épiderme de la fève, mais qui disparut avant qu'on eût pu la saisir. Bientôt elle se montra une seconde fois; alors on parvint à l'arrêter, et on retira une fève déjà gonflée, fendue et séparée par le bord des cotylédons, longue de neuf lignes et large de quatre lignes et demie. Tous les accidens disparurent promptement; au bout d'un mois, la plaie se ferma, la parole revint et il ne resta que de l'engoûment. (*Clinique des Hôp.* Tom. II, n.° 28.)

PLAIE PÉNÉTRANTE DE LA POITRINE. — *Observation recueillie à la Clinique chirurgicale de M. le professeur* GRAEFE, *à Berlin.* — Un homme, âgé de trente-deux ans, se donna, dans un accès de mélancolie érotique, un coup de couteau qui pénétra entre la cinquième et la sixième côtes gauches, près le bord du sternum. On put juger, par la trace que le sang avait laissée sur le couteau, que cet instrument avait été plongé à deux pouces de profondeur. La largeur de la plaie était telle qu'on pouvait y introduire le petit doigt presque sans douleur, et l'y promener librement; à chaque inspiration un flot de sang artériel et veineux en sortait avec sifflement, et cette hémorrhagie abondante épuisant rapidement les forces du malade, bientôt les extrémités furent froides, le pouls imperceptible, et la respiration presque nulle. La plaie fut hermétiquement fermée, et maintenue en cet état par une compresse graduée, qu'on fixa solidement avec un bandage approprié. Pendant deux heures encore, la respiration fut imparfaite et entrecoupée. Après ce temps, elle se rétablit un peu et devint plus libre; le pouls se releva également. Douze heures plus tard, la plaie devint le siège d'une douleur très-intense et qui augmenta successivement; on recourut aux applications de sangsues et aux fomentations froides; la douleur disparut à l'aide de ces moyens, mais elle revint plusieurs fois ensuite, et fut toujours combattue avec succès par des saignées générales et locales. Au bout de trois jours, l'appareil compressif fut levé, et déjà la cicatrisation de la plaie était presque entièrement opérée : dans l'espace de quinze jours, tous les accidens de la poitrine disparurent.

Pour montrer à ses nombreux auditeurs la marche que suit la nature dans la guérison des plaies pénétrantes de la poitrine, M. le professeur Graefe fit pratiquer des plaies de ce genre à six chiens, en coupant profondément l'artère intercostale chez tous, et blessant superficiellement les poumons de deux d'entr'eux. Immédiatement après, une abondante quantité de sang sortit en jaillissant, les animaux vacillèrent, marchèrent lentement çà et là, en se penchant vers le côté blessé, cherchèrent un endroit frais, et ne se tinrent tranquilles que lorsqu'ils eurent trouvé une position qui leur permît d'appuyer la partie blessée contre un corps dur quelconque. Alors, les hémorrhagies, très-fortes chez quelques-uns, s'arrêtèrent peu-à-peu d'elles-mêmes, et ces chiens guérirent tous en quinze jours sans le secours de l'art, en n'abandonnant presque jamais la position indiquée, ne mangeant presque rien, mais buvant beaucoup d'eau. Plusieurs furent sacrifiés après leur guérison, et on trouva que le sang épanché avait été résorbé entièrement : il ne s'était formé d'adhérences partielles de la plèvre costale avec le poumon, que

chez ceux où ce dernier organe avait été blessé à dessein. (*Clinique des Hôp.* Tom. II, n.° 28.)

Corps étranger dans l'urètre et la vessie. — *Observation recueillie par le docteur* Ferrier fils. — Un homme affecté de rétention d'urine se sondait seul, et, depuis plusieurs années, se servait constamment de la même sonde d'argent qui finit par se briser. L'un des fragmens resta en partie dans la vessie et en partie dans l'urètre. Des symptômes inflammatoires se déclarèrent presque aussitôt, et furent combattues par les saignées générales et locales, les cataplasmes émolliens et les boissons adoucissantes.

On s'occupa ensuite de l'extraction du corps étranger, et on y procéda de la manière suivante : Une sonde d'argent de fort calibre, coupée par son extrémité verticale, ayant été introduite dans l'urètre, on fit arriver par son moyen dans la cavité de la sonde brisée, que l'on maintenait avec l'indicateur gauche placé dans le rectum, une espèce de tire-fond dont l'extrémité était armée de pointes destinées à pénétrer son épaisseur ; il fut alors facile d'extraire *à-la-*fois les trois corps étrangers qui, par leur réunion, n'en formaient plus qu'un seul. On fit ensuite des injections émollientes dans l'urètre; on y plaça des bougies élastiques, et dans l'espace de quinze jours, le malade ne se ressentait plus aucunement de l'accident qui lui était arrivé. (*Nouv. Biblioth. méd., etc.; mars* 1828.)

Nouvelle méthode d'opérer l'hydrocèle. — M. Larrey n'emploie jamais d'autre moyen que le suivant pour obtenir la cure radicale de l'hydrocèle, et il assure qu'il ne manque jamais son effet : Le malade étant couché, il pince transversalement la peau qui répond à la partie la plus déclive de la tumeur, et fait tenir l'une des extrémités du pli par un aide, tandis qu'il tient lui-même l'autre. Il pratique une incision sur ce pli, et les enveloppes du testicule étant ainsi mises à découvert, il plonge, de bas en haut et un peu en avant, dans la tunique vaginale, un trois quarts à gaîne aplatie, et dont le poinçon est terminé par une lance également aplatie, triangulaire, à-peu-près semblable à celle du pharyngotome. Lorsque la sérosité épanchée est écoulée, il introduit, à l'aide de la canule du trois-quarts, dans la tunique vaginale, une sonde de gomme élastique percée près de son extrémité, et il l'y laisse à demeure jusqu'à ce qu'elle ait produit le dégré d'inflammation nécessaire pour déterminer l'adhésion des parois opposées de cette membrane. (*Cliniq. des Hôp.* Tom. II, n.° 15.)

Hydrocèle guérie par les applications astringentes. — *Observation recueillie par le docteur* Manoury. — M. M...., âgé de soixante-deux ans, d'une assez bonne constitution et d'un tempérament bilioso-sanguin, voyait depuis trois ou quatre ans le côté gauche du scrotum augmenter de volume, sans que le testicule lui fît éprouver la

moindre douleur. Un examen attentif fit reconnaître que cette tuméfaction était due à une accumulation de sérosité dans la tunique vaginale ; le peu de pesanteur de la tumeur, eu égard à son volume, sa forme, l'état uni de sa surface, sa transparence, la fluctuation qu'on y sentait, l'absence de toute douleur, tout enfin concourait à prouver qu'on avait affaire à une hydrocèle simple. Le développement n'en étant pas considérable, M. Manoury engagea M. M.... à conserver encore sa maladie, dont il éprouvait peu de gêne, en le prévenant qu'on serait toujours à même de l'en débarrasser si, plus tard, elle prenait un accroissement incommode. Dans les six mois qui suivirent, la tumeur acquit environ le volume du poing. L'opération fut alors conseillée ; mais le malade ne se sentant pas assez de courage pour la supporter, le docteur Manoury prit le parti de tenter l'effet de quelques applications styptiques. Il prescrivit de faire macérer de l'écorce de chêne dans l'eau dans laquelle plonge la meule des couteliers, et d'y ajouter une certaine quantité de vinaigre : cette préparation devait être employée à faire des lotions sur le scrotum, deux fois le jour. M. M.... continua l'usage de ce topique tout un été, et la tumeur disparut complètement. Le testicule de ce côté conserva seulement un peu plus de volume que celui du côté droit, qui était naturellement un peu petit. Depuis un an, on n'aperçoit point encore de récidive de cette hydropisie. (*Revue méd. franç. et étr.*; *février* 1828.)

Amputation des membres sans ligatures des vaisseaux. — M. le docteur Koch père, chirurgien de l'hôpital de Munich, s'étant assuré par de nombreuses autopsies cadavériques et par des expériences multipliées sur les animaux, que les artères ne s'oblitèrent jamais qu'elles aient été liées ou non, et que leurs parois ne contractent pas d'adhérence entre elles à l'endroit de la ligature, adhérence qui, si elle se formait, serait détruite par la suppuration, suite nécessaire de la ligature elle-même ; considérant en outre les inconvéniens attachés à l'application de ces corps étrangers, la perte du temps qui en résulte, la possibilité de blesser d'autres parties, et l'inflammation des vaisseaux, qui en est quelquefois la conséquence, M. Koch, disons-nous, conçut le projet de se passer de la ligature des troncs artériels dans l'amputation des membres ; et, depuis vingt ans qu'il opère ainsi, il n'a jamais eu à se repentir d'avoir suivi ce procédé. Il emploie les moyens suivans pour prévenir l'hémorrhagie : Pendant la durée de l'opération et jusqu'après l'application des bandelettes agglutinatives, (il tâche toujours d'obtenir la réunion par première intention), la compression de l'artère est confiée à un aide ; lorsque les bandelettes sont placées, l'aide retire sa main, et le chirurgien applique sur tout le trajet de l'artère

une compresse graduée fixée au moyen d'un bandage roulé. Le malade est alors transporté dans son lit, et surveillé par un aide qui, avec la main, exerce une compression légère sur le moignon, tout le temps que de fortes pulsations se font sentir dans celui-ci; les compresses, dont la plaie est recouverte, sont seulement mouillées par de la lymphe sanguinolente. Lorsque la plaie ne doit pas se réunir par première intention, il survient de la fièvre du cinquième au sixième jour; quoi qu'il en arrive d'ailleurs, l'appareil ne doit être levé qu'après le dixième jour. A quelle cause attribuer l'absence d'hémorrhagie dans ce mode d'opérer? M. Koch en admet deux, une légère contraction du vaisseau et un moindre afflux du sang; la seconde de ces causes doit son existence à la vie du sang lui-même, qui lui fait éviter les parties ouvertes, et à la force attractive inhérente aux organes, qui appelle ce fluide dans les différens organes; une partie se trouvant retranchée, l'attraction cesse naturellement de ce côté, et avec elle l'afflux du sang, du moins en partie. Telles sont en raccourci les opinions de M. Koch. Une amputation a été pratiquée d'après sa méthode, à la clinique chirurgicale de Berlin, par M. Koch fils, et a été couronnée d'un succès complet. (*Graefe und Walther's Journal für Chirurgie und Augenheilkunde*; tom. IX, 4.e cahier).

Pansement des plaies, ulcères, fistules, etc. — M. Walther, professeur à Bonn, a publié sur ce sujet un mémoire qui fit naître, l'an dernier, une dispute de priorité très-vive entre lui et M. Kern, professeur de chirurgie à l'université de Vienne. Ce dernier proposa, il y a vingt ans environ, de bannir du pansement des plaies et des ulcères la charpie et les onguens, et de les remplacer par des compresses imbibées d'eau tiède et renouvelées souvent, afin de favoriser l'écoulement du pus ou de la sanie. Depuis ce temps, cette méthode a toujours été suivie à Vienne, et elle l'est également à Prague par M. le professeur Fritze, élève de M. Kern. Le professeur de Vienne reproche à M. Walther de vouloir aujourd'hui s'attribuer une méthode que dans l'origine il avait combattue. Quoi qu'il en soit, nous allons rapporter en peu de mots les principales propositions contenues dans le mémoire de M. Walther: L'emploi de la charpie et des onguens est nuisible dans le traitement des plaies simples: il en est de même de l'introduction de mèches dans toute la longueur des plaies faites par des armes à feu ou des instrumens piquans, car on voit souvent ces sortes de plaies se réunir par première intention. Les injections que l'on pratique soit dans les cavités suppurantes, soit dans les canaux fistuleux, sont nuisibles ou au moins inutiles. L'usage du sindon, après l'opération du trépan, doit être abandonné: on doit pareillement se dispenser d'introduire

une canule dans la plaie faite par la trachéotomie et la laryngotomie, car la présence de ce corps étranger produit de l'irritation et de la toux, et il est préférable d'enlever une portion d'un des cerceaux cartilagineux de la trachée-artère. Après l'opération de l'empyème ou de l'hydrothorax, il faut, suivant les cas, laisser la plaie ouverte, ou en provoquer la réunion immédiate, mais on ne doit jamais y placer de mèche. A la suite de l'opération de la fistule à l'anus et de celle de la fissure, l'introduction d'une mèche dans la plaie déterminant des douleurs intolérables, et s'opposant à la rapidité de la guérison, le meilleur parti à prendre, c'est de laisser la plaie d'abord libre, puis d'y appliquer un pansement simple. Après l'amputation des membres, les lèvres de la plaie doivent être réunies immédiatement. Une mèche introduite dans l'ouverture d'un abcès en prolonge la durée en retardant l'écoulement du pus, et cela, sans prévenir, comme on le doit, l'accès de l'air dans l'intérieur de la cavité; d'ailleurs, l'air en contact avec les surfaces suppurantes n'exerce sur elles aucune influence fâcheuse. Le traitement du panaris doit consister dans l'application de cataplasmes, et c'est seulement lorsque la suppuration est bien établie, que les incisions sont indiquées. Pour les ulcères de la peau, on doit se borner à les recouvrir de compresses trempées dans l'eau tiède, et les seuls qui réclament quelque chose de plus dans leur traitement, sont les ulcères carcinomateux dont la surface a besoin d'être préalablement soumise à l'action des caustiques. Les fistules, suites de carie et de nécrose, seront pansées avec des cataplasmes, et le malade prendra à l'intérieur les remèdes appropriés à son état. Enfin, les injections, les mèches, les emplâtres et les moyens plus violens encore doivent être tout-à-fait laissés de côté. (*Journal für Chirurgie und Augenheilkunde*; tom. IX, 2.e cahier).

EMPLOI DE LA RACINE D'ARTEMISIA VULGARIS CONTRE L'ÉPILEPSIE. — *Observation communiquée par le docteur Loewenhard.* — Cr.... R..., âgée de 21 ans, faible et hystérique, souvent exposée aux intempéries de l'air, rentra un jour toute trempée par la pluie, et trouva sa sœur dans des convulsions épileptiques. Elle perdit aussitôt connaissance, et eut un accès d'épilepsie. Depuis ce temps, des accès pareils se répétèrent souvent, et durèrent quelquefois une heure et même jusqu'à deux. M. Loewenhard, ayant d'abord employé sans succès la racine d'armoise, eut recours aux vomitifs et aux frictions avec la pommade stibiée dans la région épigastrique. Sous l'influence de ce traitement, les accès devinrent moins fréquens. L'usage de la racine d'armoise fut alors repris à la dose d'un gros tous les jours. Ce médicament fut donné pendant une huitaine seulement, et depuis lors les accès ne reparurent plus. La racine d'*artemisia vulgaris* ne guérit

pas tous les épileptiques ; dans quelques cas elle a échoué complètement, et dans d'autres elle n'a fait qu'améliorer l'état du malade. On obtient souvent des résultats très-satisfaisans en combinant l'usage de ce médicament avec celui des anti-phlogistiques, des vomitifs, etc., suivant que l'état du malade semble indiquer les uns ou les autres. (*Hufeland's Journal*; septembre, 1827).

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITER LA SALIVATION MERCURIELLE. — Le docteur Finlay de Bainbridge, dans la province de l'Ohio, a inséré dans le *North american journal*, une note relative à l'emploi du tartrate d'antimoine pour combattre la salivation mercurielle. Il donne ce sel, toutes les deux heures, à la dose d'un dixième ou d'un sixième de grain, dissous dans l'eau, de manière à exercer une action légère sur le canal intestinal et le système cutané, et il en continue l'usage jusqu'à guérison complète. A l'aide de ce moyen, il assure être souvent parvenu à arrêter promptement la salivation; dans tous les cas, il a constamment procuré un soulagement marqué en vingt-quatre heures, et il a particulièrement réussi à faire disparaître la douleur de la bouche et du gosier dans le même espace de temps. Cette méthode a été mise en usage plusieurs fois, et toujours couronnée du succès ; on a pu, par son usage, triompher en peu de jours d'une salivation qui durait depuis trois mois. Le tartre émétique avait été employé dans cette affection par plusieurs autres praticiens, et cela, avant que M. Finlay le proposât; mais les résultats obtenus n'avaient pas été aussi avantageux. Cette différence dépend peut-être de ce que le sel est administré par lui à doses plus petites, car, donné de cette manière, il agit plus sûrement sur la peau. (*Nouvelle Bibliothèque médicale, etc.*; mars, 1828).

RÉTRÉCISSEMENS DE L'ŒSOPHAGE GUÉRIS PAR L'HYDRO-CHLORATE D'AMMONIAQUE. — *Observations recueillies par M. le docteur Pagenstecher.* — I.re *Observation*. Le 9 décembre 1825, le docteur Pagenstecher fut appelé chez M. M...., âgé de 37 ans, affecté depuis dix jours d'une difficulté dans la déglutition qui allait sans cesse en augmentant. Après avoir avalé les alimens, le malade sentait qu'ils ne descendaient pas jusques dans la cavité de l'estomac, mais qu'ils s'arrêtaient au-dessus du cardia ; quelques secondes après, ils remontaient dans la bouche et étaient avalés de nouveau en occasionnant de violentes douleurs et un sentiment de brûlure dans l'intérieur de la poitrine. Les boissons ne déterminaient pas les mêmes accidens, et les alimens bien mâchés passaient aussi sans autant de difficultés. Lorsque le malade ne mangeait pas, il n'éprouvait qu'un léger sentiment de tension à l'endroit douloureux ; lorsqu'il avalait quelque chose, il peignait la douleur qu'il ressentait en disant que les alimens étaient comme des pointes passant sur des parties exco-

riées. M. Pagenstecher jugea qu'il avait à combattre un rétrécissement inflammatoire de l'œsophage, il prescrivit en conséquence l'application de douze ventouses scarifiées sur la région cardiaque, fit prendre une potion nitrée, et mit le malade à l'usage d'alimens liquides exclusivement. Le 10 et le 11 tous les accidens augmentèrent, au point que M M.... craignit de mourir de faim. Se rappelant alors les succès que M. le docteur Fischer, de Dresde, avait retirés du sel ammoniac dans des cas semblables, M. Pagenstecher prescrivit la potion suivante, en prévenant le malade qu'elle lui causerait un sentiment de brûlure : ℞ Hydrochlorate d'ammoniaque, deux gros; rob de sureau et sirop de guimauve, a a deux onces, M. S. A. — A prendre par demi-cuillerée à bouche, de deux heures en deux heures. — Le 12, le malade avalait déjà beaucoup mieux les liquides. Le 13, la potion n'occasionnait plus qu'une douleur assez faible. Le 14, la déglutition était redevenue assez libre pour que du pain blanc pût être mangé sans faire souffrir beaucoup. Enfin, dix jours après le commencement du traitement, la guérison était complète.

II.[e] *Observation*. — Le 26 février 1826, M. Pagenstecher eut occasion d'observer un cas pareil au précédent. Le sujet était une femme de 46 ans, sujette depuis bien des années à des douleurs rhumatismales accompagnées de cardialgie, de constipation et de souffrances dans les régions lombaires. Un petit verre d'eau de cerises qu'elle avait pris après son repas, avait donné chez elle naissance aux mêmes symptômes présentés par le malade dont il vient d'être question. Le soir, impossibilité d'avaler. Un médecin consulté prescrit une potion de Rivière, puis du nitrate de bismuth et du castoréum, enfin un laxatif, et le tout sans succès. Un second médecin saigne la malade et la purge ensuite avec les sels neutres, mais sans en obtenir de résultats satisfaisans. C'est alors que le docteur Pagenstecher est appelé. Il fait prendre aussitôt l'hydrochlorate d'ammoniaque, d'abord uni au rob de sureau et au sirop d'althæa, plus tard combiné avec la pulpe de tamarin et le sirop de manne, et, dans l'espace d'une semaine, la malade se trouva guérie. (*Hufeland's Journal*, novembre 1827.)

EMPLOI DE L'EXTRAIT DE PULSATILLE DANS LA COQUELUCHE. — *Observation communiquée par le docteur Ramm.* — Un enfant de 9 ans était affecté d'une coqueluche qui durait depuis long-temps, et avait été rebelle à toutes les médications les plus recommandées; l'opium et la belladone entr'autres n'avaient procuré qu'un soulagement à peine perceptible, et les accès étaient si violens qu'ils faisaient craindre pour la vie du petit malade. Le docteur Ramm mit alors en usage l'extrait de pulsatille à la dose d'un demi-grain, trois fois par

jour ; plus tard, il porta cette dose à un grain. Les accès de suffocation disparurent au bout de quelques jours ; la toux résista davantage, mais finit aussi par céder, et l'enfant, qui était très-affaibli, ne tarda pas à recouvrer ses forces. Depuis cette époque, M. Ramm a fait prendre l'extrait de pulsatille à tous ses malades atteints de coqueluche, et il n'en a perdu qu'un seul. Il donne cet extrait avec du sucre, trois fois par jour, à la dose d'un quart à trois-quarts de grain, aux plus petits enfans, d'un demi-grain à un grain aux enfans de six mois, et d'un grain et demi à ceux de cinq à sept ans. Il a aussi obtenu de très-bons effets de l'application, sur le creux de l'estomac, d'un emplâtre composé de *diachylon gommé*, trois gros, et *tartre stibié*, un gros : cet emplâtre fait naître des pustules semblables à celles de la vaccine. (*Hufeland's Journal*, août 1827.)

PHTHISIE GUÉRIE PAR DES FUMIGATIONS DE GOUDRON. — *Observation recueillie par le docteur Pagenstecher.* — L...., âgé de 25 ans, convalescent d'un typhus traité par les rafraîchissans, fut pris d'une toux légère qui revenait chaque matin. Il en avait déjà été affecté quelques semaines avant sa maladie, mais elle avait disparu pendant tout le temps que cette dernière avait duré. Le malade n'avait point de fièvre et ne ressentait aucune douleur dans la poitrine. On mit en usage les mucilagineux, les calmans, les narcotiques et les révulsifs, mais sans en obtenir aucuns résultats avantageux, et la toux alla en augmentant de jour en jour. C'était le matin surtout qu'elle présentait le plus de violence ; dans la journée et dans la nuit elle revenait par accès : elle avait cessé d'être sèche comme au commencement, et elle s'accompagnait d'une expectoration blanchâtre puriforme. Tous les symptômes de la fièvre hectique se manifestèrent successivement, et, dans l'espace de trois semaines, le malade arriva au dernier degré de la phthisie purulente. Les moyens thérapeutiques les plus recommandés n'avaient cependant pas été négligés pendant ce court espace de temps ; on avait tour-à-tour administré la digitale, le phellandrium, le lichen d'Islande, le quinquina et l'acide phosphorique, mais tous ces moyens avaient été sans effets. M. Pagenstecher considérant que cette phthisie ne dépendait ni de la *constitution* du malade, ni de *tubercules* ou de *vomiques* du poumon, mais qu'elle était plutôt la conséquence d'un *état atonique* de la membrane muqueuse des voies aériennes, proposa alors, comme dernière ressource, les fumigations de goudron. En conséquence, on supprima tous les autres médicamens, à l'exception d'un thé de lichen et de racine de guimauve, et l'on fit dans la chambre du malade des fumigations de goudron dont on augmenta graduellement la quantité : plusieurs fois par jour, on fit, pendant un temps qui varia de cinq à trente minutes, bouillir et vaporiser du goudron dans un

vase de porcelaine chauffé au moyen d'une lampe. Le malade supporta sans difficulté cette atmosphère assez chargée, et qui excitait la toux chez toutes les personnes bien portantes. Après deux jours de fumigations, sa toux avait déjà considérablement diminué, et la matière expectorée avait perdu son aspect puriforme; au bout de huit jours, une expectoration muqueuse se faisait sans efforts. Un vésicatoire fut alors appliqué sur la poitrine, et des pilules composées d'extrait de gentiane et de sulfate de fer furent prescrites. Enfin, trois semaines de ce traitement suffirent pour faire disparaître complètement les sueurs, la diarrhée et l'enflure des jambes, et quelques semaines plus tard le malade avait repris des forces et de l'embonpoint. — Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que cette observation ne démontre pas qu'une *phthisie pulmonaire* ait été guérie. Le diagnostic n'est point établi d'une manière assez positive, et l'auteur n'indique pas si la guérison a été durable. (*Hufeland's Journal*, novembre 1827.)

SCORBUT DE TERRE TRAITÉ AVEC SUCCÈS. — *Observation recueillie par M. A. Raincy.* — Georges Sim, âgé de 58 ans, très-maigre, et d'un tempérament bilieux, entra au nouveau Dispensaire d'Aberdeen, le 28 juillet 1827; il était d'abord dans l'état suivant : un assez grand nombre de petites taches scorbutiques existaient sur les bras, les cuisses et les jambes; les pieds étaient gonflés, les gencives douloureuses, fongueuses et ulcérées, les dents décharnées et très-vacillantes, l'haleine fétide, la langue blanche sur ses bords, et rouge et sèche au centre : des évacuations alvines diarrhéiques abondantes avaient lieu; les urines étaient claires; le pouls, très-faible, donnait 84 pulsations; cet homme était d'ailleurs fort abattu, découragé et incapable de toute espèce d'exercice. Ayant attribué sa maladie à la misère dans laquelle il était plongé, et à la mauvaise qualité des alimens dont il se nourrissait, il s'était déjà mis à l'usage des boissons acidulées qui lui furent prescrites de nouveau, avec addition d'une livre d'infusion de quinquina.

Le 30, les douleurs de l'estomac étaient moindres, l'appétit meilleur, et la langue moins chargée; le dévoiement avait déjà perdu de sa force. Les mêmes moyens thérapeutiques furent continués.

Le 2 août, l'enflure des pieds s'est augmentée, et s'est étendue jusqu'aux genoux qu'elle a envahis; elle oblige le malade de garder le lit pendant tout le jour. Toux accompagnée d'une expectoration abondante. *L'infusion de quinquina* est suspendue; *une préparation scillitique* est prescrite.

Du 2 au 7, il survient une constipation très opiniâtre qui est combattue d'abord par de *légers laxatifs*, puis par des *purgatifs drastiques*. Le malade est mis à l'usage du *vin antiscorbutique*.

Le 9, la santé est à-peu-près rétablie; les taches scorbutiques et l'œdème des extrémités inférieures ont disparu. L'administration du vin antiscorbutique est continuée; une alimentation convenable est prescrite. Le malade entra en convalescence. (*The London med. and physical Journal*, décembre 1827.)

Toxicologie.

Empoisonnement par le sulfure de soude. — *Observation recueillie par le docteur Chantourelle.* — Mademoiselle B...., âgée de vingt et un ans, sujette depuis long-temps à des irritations gastro-intestinales pendant lesquelles l'abdomen acquérait un volume considérable, avait perdu son appétit depuis quelques jours; sa langue était chargée. Le sulfate de soude fut prescrit à la dose d'une once et demie; mais la personne qui fut chargée de prendre ce médicament chez le pharmacien, crut pouvoir se fier assez à la bonté de sa mémoire pour se dispenser de se munir de l'ordonnance, et au lieu de sulfate, elle demanda du sulfure de soude qui lui fut livré. Mademoiselle B.... prit environ quatre gros de cette substance. Aussitôt, une saveur horrible et une sensation brûlante qu'elle éprouva dans toutes les parties touchées par la solution sulfureuse, lui firent crier qu'elle était empoisonnée. Bientôt de violens efforts de vomissemens eurent lieu, et une portion du liquide ingéré fut rejetée. Un quart d'heure s'écoula environ avant que le docteur Chantourelle se rendît auprès de la malade. A son arrivée, il la trouva pâle et très-abattue; elle éprouvait une chaleur très-vive dans la bouche, le pharynx, l'œsophage et l'estomac; une odeur très forte de gaz acide hydro-sulfurique s'exhalait de sa bouche et de ses narines; elle se sentait suffoquer, et ne pouvait dilater sa poitrine; son pouls, irrégulier et très-petit, était plus lent que dans l'état normal; le corps était froid dans toute l'étendue de sa surface; l'épigastre était en particulier le siége d'une douleur brûlante; les envies de vomir étaient continuelles, mais les efforts pour y parvenir étaient infructueux. M. Chantourelle fit avaler sur-le-champ une grande quantité d'eau, provoqua le vomissement par la titillation de l'isthme du gosier, et réussit, à l'aide de ce moyen, à faire rejeter tout le poison contenu dans l'estomac. Les premières portions du liquide vomi étaient verdâtres, exhalaient l'odeur du gaz hydrogène sulfuré, et tenaient évidemment en dissolution le sulfure de soude dont le soufre se précipitait en partie. Les liquides rejetés perdirent successivement la teinte verte qu'ils présentaient d'abord; ils devinrent clairs, écumeux, blanchâtres, et on y remarqua des stries sanguinolentes, puis des caillots de sang, et enfin une pellicule de deux pouces et demi d'étendue à peu près, mince, demi-transparente, muqueuse, et paraissant

avoir été détachée de la surface interne de l'estomac. L'eau simple fut alors remplacée par des boissons mucilagineuses et gommeuses qu'on avait eu le temps de préparer, et auxquelles on ajouta, par chaque verre, une cuillerée à bouche de la *solution de chlorure de sodium de Labarraque* (une partie de chlorure sur douze parties d'eau distillée). A partir de ce moment, le gaz acide hydrosulfurique ne fut plus exhalé, et ne se rencontra plus dans les matières des vomissemens qui survinrent. Le sentiment de brûlure et de tortillement à l'épigastre se changea en une sensation de chaleur incommode : bientôt des coliques assez violentes indiquèrent le passage d'une petite partie du poison dans les intestins ; et, après une heure ou deux, un lavement détermina plusieurs évacuations alvines dans lesquelles on observa un liquide blanchâtre, comme laiteux, analogue à celui des premiers vomissemens ; enfin sa respiration revint à peu près à son rythme habituel. Les accidens présens avaient été heureusement combattus, mais des symptômes consécutifs très-graves devaient se manifester ; et en effet, le tube digestif ne tarda pas à être affecté d'une inflammation des plus violentes. Des sangsues furent appliquées à plusieurs reprises ; des fomentations émollientes sur le ventre, des bains tièdes prolongés, des boissons adoucissantes variées furent prescrites, et le troisième jour après l'empoisonnement, mademoiselle B.... se trouva dans un état aussi satisfaisant que possible. Il restait encore de la sensibilité à l'épigastre et à l'ombilic, de l'inappétence, des nausées fréquentes, de la chaleur dans l'œsophage, et de la rougeur et de la sécheresse au pharynx ; mais tous ces phénomènes disparurent par un traitement et un régime convenables, et, au bout d'un mois, la malade se trouva parfaitement rétablie. (*Journal gén. de méd., etc.*, février 1828.

Empoisonnement par l'acide sébacique de la graisse d'oie. — *Observation recueillie par le docteur Siedler.* — Le 2 avril 1827, M. le docteur Siedler fut appelé pour donner ses soins à MM. St.... et à leurs enfans. A son arrivée, il trouva les deux frères St...., l'un âgé de trente-un ans, l'autre de vingt-huit, et les deux enfans du premier, dont l'un est une fille de quatre ans et l'autre un garçon de deux ans et demi, tous les quatre couchés, et présentant les symptômes suivans : sueur froide, anxiété, vertiges, figure pâle et défaite, yeux enfoncés, pupilles dilatées, douleurs brûlantes dans le bas-ventre, augmentant par la pression ; absence d'esprit momentanée, vomissemens violens suivis d'une soif brûlante (cette soif n'avait pu être appaisée par une grande quantité de lait que les malades avaient prise avec répugnance, et qui fut rendue de suite, l'anxiété continuant à s'accroître.); langue sèche, peu chargée ; émission involontaire des urines et des matières fécales (ces dernières sortaient avec

un bruit particulier). Le frère aîné fut sans connaissance pendant six minutes; la respiration était à peine visible; le pouls ne pouvait être senti, et les battemens du cœur étaient très-faibles. Le frère cadet eut plusieurs vomissemens de sang, mais les douleurs du bas-ventre étaient moins fortes chez lui que chez les autres. Le petit garçon avait le globe de l'œil renversé en haut, les lèvres bleuâtres, et le pouls à peine sensible. La petite fille était celle dont l'état présentait le moins de gravité. M. Siedler soupçonna, d'après les renseignemens qui lui furent fournis, que tous ces accidens étaient déterminés par une certaine quantité de graisse d'oie qui avait servi à préparer un mets dont les quatre malades avaient mangé, peu de temps avant l'apparition des symptômes qui viennent d'être décrits; mais pour le moment, il ne s'attacha qu'à combattre l'inflammation de l'estomac. A cet effet, il prescrivit la diète et une émulsion dans laquelle il fit entrer l'extrait de jusquiame. Le 9 avril, tous les malades étaient revenus à la santé.

Les matières vomies furent soumises à l'analyse chimique: elles étaient fortement acides, mais ne contenaient aucune trace de poison métallique. Les faits qui portent le docteur Siedler à croire que ces accidens d'empoisonnement ont été occasionnés par l'acide sébacique, sont les suivans: la dame de la maison s'était servie de graisse d'oie pour apprêter du veau, et toutes les personnes qui en mangèrent tombèrent malades; la dame elle-même qui en avait seulement goûté, se sentit tellement incommodée qu'elle n'en voulut pas prendre davantage. On ne put examiner la graisse qui avait été employée, parce que le pot dans lequel elle était contenue avait été entièrement vidé et nettoyé; mais en examinant de la graisse de même espèce renfermée dans trois autres pots, et qui devait partager les qualités de celle employée, on trouva qu'elle exhalait une odeur forte et repoussante, et qu'elle rougissait fortement la couleur bleue du papier de tournesol. On donna trois onces de cette graisse à un chien vigoureux et bien portant; une heure après, ses extrémités devinrent le siége de mouvemens convulsifs très-violens; il annonçait par ses cris les douleurs qu'il ressentait; il ne mangeait pas; ses yeux étaient larmoyans, ses pupilles dilatées, sa peau froide, et ses pulsations artérielles à peine sensibles. Il resta trente heures environ dans cet état, puis il commença à se rétablir. (*Hufeland's Journal*, octobre 1827.

Académie royale de Médecine. (Mars.)

ACADÉMIE RÉUNIE. — *Séance du 4 mars.* — *Remèdes secrets.* —

M. Guéneau de Mussy, au nom de la commission des remèdes secrets, propose et fait adopter le rejet des remèdes suivans: 1.° l'*élixir du marin*, destiné contre le mal de mer, remède qui diffère peu de celui connu sous le nom d'*élixir de longue vie*, et qui, composé spécialement de substances toniques et stimulantes, et particulièrement d'aloës, doit être purgatif; 2.° deux remèdes proposés par un maire de la Charente inférieure; l'un contre les affections tuberculeuses du poumon et les maladies du foie, et qui, emprunté à la *Gazette de* la Martinique, consiste en une infusion de l'arbre exotique appelé *alcornoque*; l'autre, destiné à dissoudre les graviers dans la vessie, et à les faire rendre sans douleur, et consistant dans un simple mélange d'eau et d'eau de Cologne; 3.° un remède contre la teigne, dans lequel entrent la suie et les produits empyreumatiques des végétaux, et qui à ce titre n'a rien de nouveau; 4.° un emplâtre formé d'oxydes et de sels de plomb et de substances grasses, et recommandé pour résoudre les tumeurs, cicatriser les plaies, guérir les écrouelles, les cancers, etc.; 5.° *cinq onguens* que leur auteur emploie à guérir *plusieurs grands maux*, pour rappeler ses expressions, dont quatre existent dans nos pharmacies, sous les noms d'*emplâtre de minium* et *de cire verte*, et dont le cinquième, appelé par l'auteur *onguent mercuriel fort*, se fait remarquer par la profusion avec laquelle les oxydes et sels métalliques les plus actifs y sont accumulés, et dont l'emploi ne peut être laissé à des personnes ignorantes; 6.° un remède appelé *élixir ou baume des mines d'or*, proposé par un médecin de Paris, et qui se rapproche beaucoup, soit pour la composition, soit pour le mode de préparation, de l'élixir de longue vie; 7.° un *vulnéraire*, qui n'est que celui du codex gâté par l'addition de plantes mucilagineuses ou inertes; 8.° enfin, un *remède contre l'hydropisie*, consistant en une substance ferrugineuse, et qui essayé sur neuf hydropiques dans les hôpitaux de Paris, par des médecins membres de l'académie, s'est montré complètement inefficace. (*Voyez* tome X des *Archives*, pag. 301).

Embaumement; momies d'Egypte — M. Bonastre, au nom d'une commission, lit un rapport sur l'examen chimique de plusieurs substances provenant d'une momie d'Egypte. (*Voyez Archives*, tome XV, pag. 624, et tome XVI, pag. 306). Il commence par des considérations sur les procédés d'embaumement chez les égyptiens. Les auteurs anciens, Hérodote, en indiquent trois. Dans le premier, consacré aux riches, on enlevait le cerveau et les intestins qu'on lavait dans du vin de palmier et qu'on jetait en cérémonie dans le Nil; on remplissait la tête et le ventre avec la gomme du cèdre, la myrrhe, le cinnamomum et d'autres parfums; on salait le corps, on le tenait couvert de natrum pendant soixante-dix jours, et on

mer toute cette doctrine, que tend le nouveau mémoire de M. Despiney. D'abord, ce médecin a cherché à provoquer artificiellement la rage chez un chien et une chienne en rut, en les empêchant de se rapprocher; mais les animaux se sont échappés, et son expérience a été sans résultats. Il a ensuite fait l'ouverture de trois animaux morts de la rage ou tués pendant le cours de cette maladie, pour constater l'état du bulbe rachidien. Dans un chien, tué pendant qu'il avait la rage au premier degré, il a trouvé le pénis gonflé, les testicules très-durs et consistans, l'encéphale sain; le bulbe rachidien était seulement plus dur, et la partie de pie-mère correspondante était injectée. M. Despiney pense que dans ce cas la maladie n'était qu'au premier degré, à celui où il n'existe encore que névrose du bulbe du rachis. Dans un cochon mort de la rage en vingt-quatre heures, pour avoir été mordu onze jours auparavant par un chien enragé, le pénis n'était pas très-gonflé, mais les testicules étaient très-volumineux; la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx était couverte de mucosités épaisses et légèrement violacées; les sinus cérébraux étaient gorgés d'un sang noir; mais cela pouvait tenir à la situation déclive de la tête du cadavre; le cerveau et le cervelet étaient sains; mais la portion d'arachnoïde et de pie-mère qui recouvrait le bulbe rachidien, était d'un rouge brun, et couverte dans l'étendue d'un pouce d'une gélatine demi-fluide d'un rouge foncé, et étendue en fausse membrane avec quelques points purulens çà et là; le bulbe rachidien était en cet endroit diffluent, et offrait quelques stries d'un rouge vif dans son épaisseur. Enfin dans le chien qui avait mordu le cochon, le pénis était d'une roideur et d'un volume considérables; les testicules étaient très-gros, très-durs, blancs, comme lardacés, sans apparence d'organisation intérieurement, tant les vaisseaux spermatiques étaient gonflés et serrés; le cerveau et le cervelet étaient pâles et décolorés, et le bulbe rachidien en complète suppuration grisâtre. Dans ces deux derniers cas, où la maladie était à son plus haut degré, il y avait inflammation et suppuration du bulbe rachidien et de ses enveloppes. M. Despiney pense donc que ces trois autopsies cadavériques confirment la théorie qu'il a émise sur la rage, et qu'en outre elles doivent faire établir que ce n'est pas avec le cervelet, comme le veut M. Gall, mais avec le bulbe rachidien, que les organes génitaux sont en si étroite sympathie.

Tamponnement dans les hémorrhagies utérines. — M. Moreau revient sur l'observation d'asphyxie congeniale et d'hémorrhagie utérine, communiquée dans la séance dernière par M. Bourgeois. (voyez les *Archives*, tom. XVI, p. 9.) Ce médecin établit que le tamponnement du vagin, fort convenable dans les hémorrhagies utérines qui sur-

viennent avant l'accouchement, est au contraire un moyen nuisible dans les hémorrhagies qui succèdent à l'accouchement; en ces derniers cas, il faut se hâter de vider l'utérus des caillots de sang qui le remplissent, et exciter cet organe à revenir sur lui-même. — M. Ollivier d'Angers assure que la pratique constante de M. Chevreuil d'Angers, est de tamponner dans les hémorrhagies après l'accouchement, non seulement le vagin, mais encore l'utérus, et que ce chirurgien s'est toujours bien trouvé de cette pratique. M. Moreau réplique que cette méthode est due à Leroux de Dijon, mais que le tamponnement a ici pour but de réveiller les contractions de l'utérus; et en effet, aussitôt que celles-ci se rétablissent, le tampon est chassé.

De la glace dans les phlegmasies cérébrales. — M. Gérardin fait un rapport sur un mémoire de M. Sauveton, médecin à Lyon et correspondant de la section, relatif à l'emploi de la glace dans le traitement des phlegmasies cérébrales. M. Sauveton établit d'abord que, si les médecins ont obtenu tant d'effets divers de l'emploi de la glace dans les phlegmasies cérébrales, c'est 1° parce qu'ils n'ont pas distingué les cas où ce moyen est utile et ceux où il ne convient pas, confondant toutes les époques de la maladie, toutes les constitutions; 2° parce qu'ils ont manqué aux précautions que nécessite l'emploi de la glace, avant, pendant et après son application; 3° parce que surtout ils n'ont pas fixé le laps de temps que la glace doit rester à demeure sur la tête. Ayant égard à la promptitude avec laquelle la glace soustrait le calorique à nos organes et les jette dans la sédation, M. Sauveton pose en principe que l'application de la glace est nuisible chez les individus faibles, cachectiques, peu susceptibles de réaction, épuisés par la longueur de la maladie, chez les enfans dont les fontanelles ne sont pas encore ossifiées, et qui sont d'une constitution lymphatique, scrofuleuse. Il en blâme aussi l'emploi, quand la phlogose date de plusieurs jours, est constituée, qu'il y a signes d'épanchement, de ramollissement, de suppuration dans la substance cérébrale. Au contraire la glace sera utile chez les individus forts, bien constitués, et quand la maladie est commençante; seulement il faut la laisser à demeure sur la tête, pour prévenir les réactions qui succèdent toujours à la sédation, toutes les fois qu'on retire la glace; son application devra être maintenue, jusqu'à ce que ne surviennent plus les exacerbations qui sont un signe constant des phlegmasies cérébrales, et jusqu'à ce que tous les symptômes aient à peu près disparu. M. Sauveton demande, si à une époque avancée de la maladie, on ne pourrait pas employer, pour produire le froid sur la tête, des liquides très-volatils, comme l'alcohol, l'éther. Enfin il blâme l'emploi des rubéfians dans les premiers temps du mal.

Baume de Copahu. — M. Dublanc jeune lit un mémoire sur le

baume de copahu, son huile volatile et sa résine. M. Dublanc rappelle d'abord que le baume de copahu, si préconisé pour arrêter les blénorrhagies, ne fut long-temps employé qu'à très-petite dose, par gouttes, en 24 heures; que M. Chopart le premier composa une potion où il entrait pour un quart; que M. Ribes ensuite, puis MM. Audaux, Delpech, Larrey en firent usage à dose plus forte encore, et non seulement à la fin des blénorrhagies, mais aussi quand l'écoulement était dans toute sa vigueur. Il mentionne que, comme ce baume a une saveur très désagréable, et souvent irrite l'estomac au point que son usage ne peut être continué, on a cherché à le corriger de ces défauts en lui conservant ses vertus. Enfin, il rappelle que dans le commerce on le falsifie souvent avec de l'huile douce de ricin; et il fait connaître les divers moyens qu'on a employés pour reconnaître cette falsification, savoir: l'acide sulfurique ou l'ammoniaque (M. Planche), le carbonate de magnésie (M. Blondeau); l'ébullition dans l'eau (M Henry); la soude (M. Godefroy). M. Dublanc aborde ensuite l'histoire physique et chimique du baume de Copahu, désignant l'arbre dont il provient, le *copaifer officinalis* qui existe au Pérou; mentionnant 1° la différence de sa consistance, selon qu'il coule des incisions faites à l'arbre, ou qu'il est fait par la décoction dans l'eau des rameaux de cet arbre; 2° la différence de sa pesanteur spécifique, selon les proportions d'huile et de résine qui le forment; 3° sa solidification à l'air par l'évaporation de ses principes; 4° son partage par la chaleur en deux parties, une huile volatile et une résine; 5° son insolubilité dans l'eau, et sa solubilité dans l'alcohol et surtout dans l'éther; 6° enfin la faculté qu'on a de donner à ce baume une consistance emplastique, pilulaire, en le mêlant avec de l'acide sulfurique ou de l'ammoniaque (M. Planche), ou à de la lessive des savoniers, soude caustique en dissolution (M. Godefroy), ou à de la potasse (MM. Blondeau et Henry), ou enfin à de la magnésie caustique (M. Mialhe). Après ces premiers détails, M. Dublanc fait l'histoire séparée de l'huile volatile de copahu et de sa résine. Pour avoir la première pure, il faut distiller le baume de copahu avec de l'eau à deux reprises, l'huile surnage; cette huile est limpide, incolore, d'une odeur et d'une saveur bien moins désagréables que celle du baume; elle se volatilise à l'air, est sans action sur la couleur du tournesol, est peu soluble dans l'eau, plus soluble dans l'alcohol et encore plus dans l'éther; enfin elle est bien distincte de l'huile essentielle de térébenthine, en ce qu'elle ne forme pas comme celle-ci avec l'acide hydrochlorique du camphre artificiel. La résine est sèche, friable, d'une cassure vitreuse, facilement pulvérisable, elle est sans saveur ni odeur, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcohol, dans l'éther et dans l'huile de copahu. L'emploi de cette résine serait, selon M. Du-

blanc, le meilleur moyen de donner au baume la consistance pilulaire. Enfin M. Dublanc termine par l'exposition des propriétés médicales de l'huile essentielle et de la résine de copahu. Il résulte d'essais qu'il a faits à l'hôpital des vénériens avec l'assistance de MM. Cullerier et Bard, que la résine est absolument sans action, sans utilité, que c'est par l'huile volatile seule que le baume agit, que cette huile guérit bien mieux les blénorrhagies que le baume, et qu'elle a sur lui l'avantage de ne causer aucun dégoût aux malades, et de ne pas irriter l'estomac. Quelquefois à la vérité, elle a produit des coliques, mais on y a remédié en lui associant un peu d'opium. Trente-trois malades ont été guéris par elle; la durée moyenne du traitement a été de cinq à six jours, et la dose de l'huile de 36 grammes, depuis 4 jusqu'à 16 grammes par jour. On l'a donnée, ou seule, ou dans un véhicule aromatisé, par exemple, l'alcohol faible et sucré; ou sous forme d'électuaire, et en pilules, étant associée à 3/4 de son poids de savon médicinal; ou en lavemens, étant divisée dans une dissolution de gomme ou un jaune d'œuf. Pour rendre son emploi plus facile, M. Dublanc a imaginé la potion suivante: sirop de baume de tolu, 2 onces, ou 64 grammes; eau de menthe récohobée, 3 onces, ou 96 grammes; laudanum de Sydenham, 16 gouttes, ou un gramme; et alcoolat de copahu, 3 onces, ou 96 grammes; celui-ci n'est autre que de l'huile essentielle de copahu distillée de nouveau avec les 2/3 de son poids d'alcohol à 36°, afin de la rendre plus volatile, et de l'avoir exempte, autant que possible, de toute saveur et de toute odeur.

Anévrysme de l'aorte abdominale. — M. Vosseur, médecin à Paris, lit une observation d'anévrysme de l'aorte abdominale. Le sujet de cette observation était platrier; depuis sept ans, il était attaqué deux fois chaque année d'un accès de goutte; à l'un de ces accès, il éprouva à la région des lombes une vive douleur qui augmentait à la pression, et qui paraissait siéger dans les muscles et les os. A cette région existait un lipôme du volume du poing. Cet état persistant quelques jours, le malade vint à l'hôpital; il paraissait décrépit, et chaque jour s'affaiblissait de plus en plus. Tout-à-coup, dans un mouvement, il est pris d'une syncope, et au bout d'une heure, il expire. A l'ouverture du cadavre, on trouve dans l'épaisseur du mesentère, depuis les piliers du diaphragme jusqu'à la base du sacrum, un épanchement sanguin considérable formé de caillots solides dont les plus superficiels commençaient à présenter la couleur et la consistance fibrineuses. Cet épanchement était dû à une dilatation anévrysmale de l'aorte abdominale immédiatement au dessous des piliers du diaphragme, intéressant tout ce vaisseau, et paraissant un renflement ovoïde situé entre sa partie thoracique et sa partie abdominale. Au lieu d'une

déchirure intérieure, était une multitude de petites criblures, par lesquelles le sang avait transudé dans le mésentère. La tunique interne était intacte, sauf ces perforations; l'externe aussi, mais la moyenne était détruite. Les parois du ventricule gauche étaient épaissies de près d'un pouce, et celles du ventricule droit de trois à quatre lignes seulement. L'aorte thoracique était ossifiée en beaucoup de points, depuis sa courbure sous-sternale jusqu'à sa dilatation anévrysmale. Au-dessous de celle ci, il n'y avait plus de ces ossifications; les artères qui naissaient de la portion anévrysmale, participaient un peu des altérations de celle-ci. M. Vosseur pense que cet anévrysme était du genre de ceux connus sous le nom d'*anévrysmes de Pott*, et décrits par M.M. Boyer et Roux sous les noms de *tumeurs fongueuses sanguines*; mais il fait remarquer qu'on a réuni sous ce dernier nom des maladies fort diverses, tantôt l'affection qu'il vient de décrire, tantôt des tumeurs formées par un véritable tissu caverneux et érectile.

Séance du 25 mars. — Fièvre épidémique à Roscoff. — M. Villeneuve fait un rapport sur deux relations d'épidémies dans la commune de Roscoff, département du Finistère; l'une par M. Léon Lardière, et l'autre par M. Guillon, officier de santé à Saint-Pol de Léon. La première est une simple lettre adressée au maire de Roscoff; la seconde est beaucoup plus étendue. M. Guillon y établit que la maladie fut contagieuse, et apporte en preuves qu'il l'apporta à sa femme et à son fils qui résidaient comme lui dans une autre commune. Il assigne pour cause à cette maladie l'hiver pluvieux de 1826 à 1827, hiver qui a débilité lès habitans de Roscoff, déjà affaiblis par les effets d'une mauvaise alimentation. Sa gravité a été augmentée par l'abus des émétiques, des drastiques, des sudorifiques, des excitans que lui opposèrent, dès son début, les charlatans, et par l'habitude qu'ont les habitans du pays de coucher dans des lits-coffres. Les médicamens qui ont été employés ont été l'émétique, la poudre tempérante très-camphrée, les frictions avec l'alcohol camphré, les vésicatoires, la serpentaire de Virginie, l'eau de chicorée vineuse, la quinine, etc. L'auteur a été fort sobre de purgatifs. Ce traitement a été heureux, car les convalescences ont été faciles et promptes; il n'y a pas eu de rechutes, et sur quarante malades ainsi traités, un seul a succombé, encore était-il dans un état désespéré au moment de l'arrivée de M. Guillon. Ce médecin attribue les fréquentes épidémies qui surviennent à Roscoff, à la mauvaise construction des habitations, à l'usage des lits-coffres, à l'habitude de placer les fumiers près des maisons, à l'empressement qu'ont les héritiers de se revêtir des habits des morts, etc. Il voudrait que les habitans observassent plus de propreté, plantassent des plantes potagères et des arbres à fruits près

de leurs demeures, et que le pays fut purgé des charlatans qui le désolent.

Ulcères du col de l'utérus. — M. Ferrus lit un rapport sur un Mémoire de M. Picquet, médecin à Bourg, intitulé : *Observations sur des ulcères du col de l'utérus, guéris par un traitement immédiat.* M. Picquet rapporte cinq observations dans lesquelles il a pu, à l'aide du *speculum uteri*, non-seulement discerner le siège, la nature des maladies qui affectaient le col de l'utérus, mais encore appliquer immédiatement sur la partie malade les moyens curatifs. Dans trois de ces observations, des ulcères vénériens, que rien n'annonçait à l'extérieur, ont été reconnus sur le col de l'utérus, et ont cédé à l'application locale d'une pommade mercurielle opiacée. Dans une quatrième, l'ulcération fut reconnue pour être de nature psorique, et fut guérie par l'application d'une pommade avec l'oxyde de plomb. Enfin, dans une cinquième, il s'agissait de lier un polype implanté dans le fond de l'utérus, et qui faisait saillie par l'orifice de cet organe, et l'emploi du *speculum* rendit l'opération beaucoup plus facile et plus prompte. M. Picquet a joint à son Mémoire, 1.° une observation de fièvre intermittente pernicieuse, dans laquelle l'emploi d'une saignée abondante, à la première période de l'accès, diminua considérablement les accidens formidables qui la caractérisaient; le sulfate de quinine administré ensuite prévint les accès suivans; mais ce médicament suscita une gastro-entérite; 2° l'observation d'un flux laiteux abondant, survenu à la suite d'une couche, et que M. Picquet appelle *Diabètes mammaire*; ce médecin jugeant que le mal tenait à un excès de sensibilité de l'utérus, fit appliquer des sangsues à la vulve, et tarit ainsi l'écoulement laiteux; 3° enfin, plusieurs cas de pratique chirurgicale, d'accouchemens laborieux. Le rapporteur donne des éloges à la sagacité pratique de M. Picquet, et propose que son mémoire soit honorablement déposé aux *Archives*. — Adopté.

Epidémie à Freigne (Maine et Loire). M. Bouillaud fait connaître deux rapports sur une épidémie à Freigne, dans la première moitié de l'année 1827. Le premier rapport est une simple lettre au Préfet, par M. le docteur Lachèze d'Angers. Le second, beaucoup plus étendu, est de M. Jallot. Ce médecin donne d'abord la topographie de la commune de Freigne, dont la situation est assez salubre. Il décrit ensuite la constitution atmosphérique de l'hiver de 1827. Ce fut au dégel que l'épidémie commença à sévir; elle se prolongea tout le printemps, et ne finit qu'en été. Recherchant alors les causes de l'épidémie, M. Jallot les trouve dans le cimetière situé au milieu du pays, et établi sur un banc de schiste dépourvu de terre; les corps y sont tous entassés dans un espace étroit de 4 à 5 toises carrées;

et les fosses n'y ont guères qu'un à 2 pieds de profondeur. Aussi s'exhale-t-il par momens de ce cimetière une odeur extrêmement fétide. M. Jallot signale encore comme autres causes, l'habitude qu'ont les habitans de faire pourrir les fumiers devant leurs portes, et celle de placer dans la pièce qu'ils habitent les cuviers qui servent à leurs usages domestiques. La maladie présenta la succession des symptômes suivans: sentiment de lassitude, perte de l'appétit, nausées fréquentes; fièvre, céphalalgie, sécheresse de la langue, enduit jaunâtre ou brunâtre sur cet organe; en quelques cas, céphalalgie intolérable, délire, mouvemens convulsifs des muscles de la face et des membres supérieurs; yeux rouges, vue égarée; hallucinations, obtusion de l'ouïe, perte de la mémoire; langue gercée, fendillée; abdomen tendu, douloureux, balloné; respiration lente, finissant par être stertoreuse; constipation; excrétion douloureuse d'urines rouges et sédimenteuses; escarrhes gangréneuses au sacrum, et gangrène des plaies des vésicatoires. D'après ces symptômes, M. Jallot qualifie la maladie de gastro-encéphalite. Il lui opposa avec succès; dans le commencement, les saignées générales et locales; à la seconde période, les résolutifs, les potions opiacées et éthérées, et à la dernière, le quinquina. Les convalescences furent toutes longues et difficiles, les rechutes fréquentes et funestes. On assainit le cimetière avec de la chaux vive et par des arrosemens avec la liqueur de Labarraque; des fumigations furent faites dans toutes les maisons. Les préjugés du pays ne permirent qu'une seule ouverture; M. Jallot trouva les parois abdominales de couleur ardoisée; le foie dur, engorgé, noir, facile à déchirer, l'estomac presque vide, sa moitié pylorique noirâtre avec trois à quatre petits ulcères; tout l'intérieur de l'intestin grêle, noir aussi, et avec quelques petits ulcères; la tunique villeuse affaissée, ramollie; le commencement du gros intestin offrant les mêmes altérations; le poumon plus compacte, laissant couler par sa section une sanie noirâtre, et parsemée de tubercules miliaires; le cerveau et la moëlle épinière n'ont pas été examinés. Sur 130 malades qu'a soignés M. Jallot, 8 ont succombé. Les deux médecins s'accordent à dire que la maladie ne fut pas contagieuse.

Absence de la vésicule biliaire. — M. le Secrétaire lit une observation envoyée par M. Follet, médecin en chef à l'île Bourbon. Un matelot, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital de Bourbon avec tous les symptômes d'une gastro-entérite grave; il avait été malade pendant toute la traversée de Calcutta à Bourbon, et avait de fréquens vomissemens d'une bile d'un verd herbacé. Le malade étant mort deux jours après, son cadavre est ouvert; et outre les altérations caractéristiques d'une péritonite, comme fausses membranes albumi-

neuses, adhérence de la face convexe du foie au diaphragme, abcès enkysté dans l'épaisseur de ces adhérences, etc., on trouva que la vésicule biliaire manquait; cependant la dépression que ce réservoir occupe habituellement était assez marquée. M. Follet remarque que, puisque ce malade vomissait une bile verte, il ne faut pas attribuer à la vésicule biliaire seule et au séjour que la bile fait dans ce réservoir, toutes les différences que présente cette humeur dans sa couleur et sa consistance. Une discussion s'engage à l'occasion de cette observation. M. Chomel dit qu'il existe beaucoup de cas dans lesquels on a trouvé la vésicule biliaire altérée au point de ne pouvoir plus remplir aucunement ses fonctions, ce qui équivaut à une absence de ce réservoir. M. Honoré cite l'observation d'une femme chez laquelle il y avait oblitération du col de la vésicule biliaire, et qui néanmoins vomissait de la bile. M. Renauldin met en doute la réalité de l'absence de la vésicule biliaire dans l'observation de M. Follet; il croit que des adhérences en ont imposé à ce médecin: du reste, il a vu souvent ce réservoir altéré au point de ne pouvoir plus remplir ses fonctions. M. Bouillaud rappelle que Morgagni a mentionné dans son ouvrage un cas d'absence complète de la vésicule. M. Nacquart a vu une fois la vésicule détruite à la suite d'abcès survenus par la présence de calculs. M. Ollivier croit que dans la plupart des cas où l'on a admis l'absence de la vésicule biliaire, il n'y a qu'atrophie de ce réservoir.

(*La séance de la Section de Chirurgie et de la Section de Pharmacie au Numéro suivant*).

Académie royale des Sciences (1).

Séance du 10 *décembre* 1827. — *Laryngo-trachéotomie.* — MM. Dupuytren et Duméril font un rapport sur un mémoire de M. le docteur Senn, de Genève, relatif à une nouvelle application de la *laryngo-trachéotomie*. Le mémoire de M. Senn consiste particulièrement dans les détails de l'observation curieuse dont nous allons donner une courte analyse. Une petite fille de six ans, qui avait toujours eu la voix faible et la respiration gênée, ainsi que la déglutition, avait été précédemment traitée pour un croup, lorsqu'elle fut présentée à M. Senn, le 22 août 1826. Cet enfant était maigre; sa glande thyroïde offrait un volume double de celui qu'elle présente ordinairement; sa respiration était bruyante; sa voix, accompagnée d'une sorte de sifflement, n'avait guère que la moitié de la force qu'elle devait naturellement produire. M. Senn, attribuant en grande partie ces symptômes à la présence du goître, conseilla la diète lactée et l'usage de

(1) Extrait du *Globe*.

naturellement à penser que ce fut à l'efficacité du traitement mercuriel que les dix hommes survivans dûrent leur salut. Dans l'irruption de la peste à Malte, en 1813, on avait déjà eu recours au calomélas pris intérieurement et aux frictions mercurielles; mais on ne s'en servit que dans le cours de la maladie, et non, comme dans l'observation précédente, avant son développement, dans l'intention de la faire avorter lorsque le danger de l'infection est imminent. Un moyen aussi simple et aussi facile que celui des frictions mercurielles (dit en terminant M. Moreau de Jonnès), par lequel on préviendrait, sinon l'invasion de la peste, au moins ses effets mortels, doit exciter un intérêt d'autant plus vif que des communications assez fréquentes avec des navires infectés de cette maladie peuvent être à chaque instant provoquées par les évènemens dont la Méditerranée est aujourd'hui le théâtre.

Séance du 7 décembre. — Emploi du chlore dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — M. Gannal avait cru remarquer que, parmi les ouvriers employés dans une manufacture, au blanchiment des toiles, ceux qui se trouvaient atteints de quelque affection de poitrine voyaient leur état s'améliorer sensiblement. Il soupçonna que les émanations de chlore auxquelles ils étaient exposés étaient la cause de cette amélioration. D'après cette idée, il a imaginé d'employer méthodiquement cette substance en fumigations dans le traitement de la phthisie. Le procédé proposé par l'auteur consiste à employer le chlore pur, dissous dans l'eau distillée à la température de 32° centigrades. Les fumigations faites par cette eau chargée de chlore peuvent être répétées jusqu'à huit ou dix fois dans les 24 heures. Comme il est très-important d'avoir égard à la susceptibilité des malades, et qu'on ne saurait trop ménager un organe aussi délicat que le poumon, l'auteur conseille de ne faire entrer dans chaque fumigation que dix ou douze gouttes de chlore, en augmentant successivement la dose jusqu'à 60 ou 80 gouttes. M. Gannal pense que les émanations aqueuses corrigent les effets de l'action du chlore qui seul serait trop irritant.

L'auteur cite à l'appui de son opinion trois observations dans lesquelles l'administration du chlore n'a occasionné aucun accident et a été suivie d'une amélioration sensible dans l'état des malades (1). Il fait remarquer que tous les malades soumis à l'émanation du chlore ont éprouvé en peu de temps une augmentation très-sensible d'ap-

(1) Des expériences ont été tentées à l'hôpital de la Charité, sur l'emploi du chlore dans la phthisie, et n'ont pas donné un résultat favorable au nouveau moyen proposé par M. Gannal. Nous reviendrons sur ce sujet.

traînait un cabriolet, et il a fait plusieurs fois douze à quinze lieues dans une même journée, la voiture chargée de deux ou trois personnes. Il y a plusieurs autres faits analogues cités dans les auteurs. »

M. Senn, dans l'énumération qu'il fait des cas de maladies pour lesquels il croit qu'on pourrait faire usage d'une canule laryngienne persistante, cite ceux de phthisie laryngée. Alors on pourrait essayer, par suite, la cautérisation, au moyen de porte-caustiques adaptés à la forme du larynx, à peu-près comme ceux dont on se sert dans les rétrécissemens du canal de l'urètre. Il cite aussi les cas de tumeurs développées soit à l'intérieur soit à l'extérieur du larynx, soit sur la langue, soit dans le pharynx, circonstances dans lesquelles l'asphyxie peut survenir; et il expose en note quelques cas de sa pratique dans lesquels ce moyen aurait pu avoir de grands avantages. Enfin, l'auteur du mémoire indique un fait important fourni par sa jeune malade, c'est que cette enfant, n'ayant pas la trachée fermée, comme on suppose qu'elle peut l'être par le larynx, exécute cependant de très-grands efforts dans ses mouvemens. Cette observation peut être opposée avec raison à une théorie avancée dans ces derniers temps.

MM. les commissaires terminent en proposant à l'Académie de donner son approbation au travail de M. Senn, travail, au surplus, rédigé avec candeur, et dans lequel l'auteur avoue franchement les petits inconvéniens qu'il aurait pu éviter, si l'expérience les lui avait fait connaître plus tôt.

Séance du 24 décembre. — Influence du mercure sur la peste. — M. Moreau de Jonnès communique à l'académie un fait qu'il présente comme méritant d'autant plus son attention qu'il est constaté par des documens officiels. Un bateau ionien ayant été forcé de communiquer avec un vaisseau turc, le patron contracta la peste, et arriva à Céphalonie, déjà atteint des premiers symptômes de cette maladie. Le médecin anglais du lazaret, considérant que tous les hommes de l'équipage, au nombre de douze, étant demeurés ensemble dans le bateau, devaient y avoir contracté le germe de la maladie, crut pouvoir en prévenir le développement en les soumettant tous à un traitement mercuriel interne et externe très-énergique. Tous ces individus furent successivement atteints de la peste, mais avec une différence très-remarquable. Le patron et un autre marin, qui n'avaient éprouvé aucun effet sensible du traitement mercuriel, subirent la maladie dans toute sa violence, et succombèrent. Au contraire, les matelots chez lesquels le mercure avait produit ses effets sur les glandes salivaires, ne furent atteints que de symptômes peu graves, et échappèrent tous à la mort.

Les circonstances remarquables de cet évènement conduisent

de la taille deux, trois, quatre, cinq et six fois, et rien n'indique qu'ils n'eussent pas été taillés un plus grand nombre de fois, s'ils avaient pu échapper plusieurs fois encore à cette terrible opération. La lithotritie n'exposant pas ceux qui s'y soumettent à des chances mortelles, on doit s'attendre à voir la maladie se reproduire plus fréquemment quand on y aura recours que quand on s'expose aux chances de l'opération de la taille, la proportion des rechutes étant diminuée, dans ce dernier cas, par la mortalité que la taille occasionne. Au surplus, la seule circonstance qui pourrait produire une différence réelle dans la proportion des rechutes, au désavantage de la lithotritie, serait la présence de quelque fragment de calcul que l'opérateur n'aurait pu saisir, et qui formerait le noyau d'une nouvelle pierre; mais on comprendra que ce danger est peu à redouter, si on fait attention que les instrumens qui servent au broiement de la pierre dans la vessie offrent beaucoup d'avantages pour en extraire les corps les plus petits. M. Civiale rappelle qu'il a extrait un haricot, la barbe d'un épi, un fragment de paille, qui servaient de noyau à des calculs urinaires. Il a aussi extrait des sondes, des bougies. Ainsi des corps dont on avait souvent de la peine à constater l'existence dans la vessie au moyen du cathéter peuvent être saisis et extraits par les nouveaux instrumens.

Séance du 25 février. — Sur la différence de force entre le bras droit et le bras gauche. — M. Lecomte lit un mémoire intitulé *Recherches anatomico-physiologiques relatives à la prééminence du bras droit sur le bras gauche.* — L'auteur commence par réfuter l'opinion de ceux qui ont voulu voir dans cette prééminence un résultat de l'habitude. Il passe ensuite en revue les différentes hypothèses des physiologistes, qui jusqu'ici ont cherché la cause de ce phénomène dans l'organisation normale de l'homme, et trouve insuffisant tout ce qui a été proposé dans ce genre. M. Lecomte arrive enfin à l'hypothèse qu'il propose. Suivant lui, la différence entre le système droit et le système gauche a sa source dans la position qu'affecte le fœtus humain dans l'utérus pendant les derniers mois de la grossesse : dans l'immense majorité des cas, la position du fœtus est telle, que son épaule, son bras gauche, et toute la partie latérale gauche sont pressés contre les os du bassin. De cette pression résulte un rétrécissement des vaisseaux sanguins, une sorte d'atrophie commençante de tout le système gauche. La faiblesse de ce côté résulte donc de cette disposition congéniale. M. Lecomte, pour obtenir une vérification de son point de vue théorique, a comparé les cas dans lesquels le fœtus se trouve dans la position qu'il regarde comme propre à déterminer l'affaiblissement du système gauche, avec ceux dans lesquels il prend une position contraire, et il a trouvé un nombre qui

exprime positivement le rapport des *droitiers* aux *gauchers*. Placé comme élève interne pendant plusieurs années à la maison royale d'accouchemens, M. Lecomte s'est attaché à suivre les habitudes des enfans qui lui ont paru au moment de la naissance de voir être gauchers, et il a vu son pronostic se justifier. Il propose de faire au surplus une vérification étendue sur les enfans placés à l'hospice des Orphelins, pour lesquels il serait possible de remonter aux circonstances particulières qu'a pu présenter leur accouchement.

M. Lecomte termine par des considérations hygiéniques sur les moyens de rendre aux enfans l'usage libre de leurs deux mains. Pour arriver à cet heureux résultat, il ne faudrait pas se borner à engager les enfans arrivés à l'âge de deux ou trois ans à se servir également des deux mains (ce qu'on est même en général très-loin de faire), mais il faudrait, pour compenser l'état défectueux dans lequel se trouve le système gauche au moment de la naissance, forcer les enfans à le mouvoir uniquement, en condamnant le système droit à l'inaction. Involontairement on fait ordinairement tout le contraire. Les nourrices ont en effet l'habitude de porter les enfans sur le bras droit : dans cette position, l'enfant a tout le côté gauche pressé contre le sein de sa nourrice ; ce qui ne peut qu'augmenter la fâcheuse disposition qu'il apporte en naissant.

M. Lecomte, ayant présenté son mémoire au concours pour le prix de physiologie Monthyon, ce mémoire ne sera l'objet d'aucun rapport particulier.

Séance du 11 *mars*. — *Traitement du bégaiement*. — M. Magendie fait, en son nom et au nom de M. Duméril, un rapport sur une proposition de M. Malbouche, relative à la guérison du bégaiement. M. Malbouche avait demandé le 3 décembre dernier qu'on désignât une commission pour juger une méthode proposée comme offrant un moyen certain de guérir les bègues. L'académie nomma la commission qui fait aujourd'hui son rapport. M. Magendie commence par donner quelques détails historiques sur la découverte dont il est question.

Madame Leigh, habitant New-Yorck, devenue veuve à l'âge de 36 ans, fut accueillie avec bienveillance dans la famille du docteur Yates, et y reçut les soins les plus désintéressés. Une des filles de ce médecin, âgée d'environ 18 ans, était atteinte d'un bégaiement assez fort. Madame Leigh ne crut pouvoir mieux témoigner sa reconnaissance à ses hôtes qu'en délivrant cette demoiselle de son infirmité. Elle lut, à cet effet, tous les ouvrages anglais qui ont trait au bégaiement ; mais, n'obtenant pas de cette étude ce qu'elle en désirait, elle se borna à observer avec persévérance la nature de l'infirmité qu'elle voulait guérir sur [illegible] même qui en était affecté. Après un

assez grand nombre de tentatives infructueuses, elle crut enfin avoir trouvé la cause immédiate du bégaiement. Elle imagina, en conséquence, un système d'*exercices des organes de la parole*, au moyen duquel elle obtint la guérison radicale qu'elle avait tant à cœur d'obtenir. Madame Leigh fit l'application de sa méthode curative sur un certain nombre de bègues, et, un succès constant ayant couronné ses travaux, elle se décida à ouvrir à New-Yorck une institution pour la guérison du bégaiement. Depuis l'année 1825, plus de 150 bègues, dit-on, y ont été admis et en sont sortis guéris. Le temps nécessaire pour une cure complète est variable; mais la durée du traitement dépend bien moins de l'intensité de la maladie que du *degré d'énergie* et de la *tournure de l'esprit* de chaque sujet. Les plus longs traitemens n'excèdent pas six semaines, et il est très-ordinaire d'en voir qui sont terminés au bout de quelques jours, ou même de *quelques heures*.

L'inventrice de cette méthode, encouragée par le succès qu'elle obtenait en Amérique, voulut la répandre en Europe, et confia son secret à M. Malbouche, frère de celui qui est dans ce moment à Paris. La méthode fut d'abord transportée dans le royaume des Pays-Bas. Une commission fut nommée par le roi pour l'examiner. Cette commission confia aux frères Malbouche un certain nombre de bègues; ils furent presque tous guéris. Sur le rapport de la commission, S. M. accorda aux frères Malbouche des récompenses proportionnées aux résultats qu'ils obtenaient. Depuis quelques jours seulement, les journaux de la Belgique ont annoncé que dans l'intention de faire participer la classe indigente aux avantages que présente la méthode curative des frères Malbouche, le gouvernement en avait acheté le secret, et qu'il avait chargé un médecin distingué de traiter les bègues pauvres sans rétribution, et sous la seule condition de ne point divulguer le mode de traitement par lequel ils auraient recouvré le libre usage de la parole. Il paraît que la méthode de la veuve Leigh est connue de plusieurs personnes en Angleterre. Les journaux de ce pays ont cité la guérison de plusieurs bègues par le docteur Hart, et entre autres celle du fils du docteur Housson, de Londres, rédacteur du *Medico-chirurgical Rewiew*. On dit aussi que le doyen de la philosophie écossaise, le savant et vénérable Dugald-Stewart, a été, par le même procédé, guéri d'un vice de prononciation qu'il devait à son âge avancé. Cette cure intéressante a été faite par un membre de l'académie des sciences d'Edimbourg, le docteur Brewster.

Passant ensuite à ce qui regarde les travaux exécutés par la commission, dont il est rapporteur M. Magendie expose la marche qu'ont cru devoir suivre les commissaires. Ils ont d'abord eu une

entrevue avec M. Malbouche, qui leur a confié, dans les détails les plus circonstanciés, la découverte de la veuve Leigh, et leur a dit en même temps les raisons pour lesquelles il ne la rendait pas publique. Vos commissaires se borneront donc à vous rapporter les faits dont ils ont été témoins, et les précautions qu'ils ont dû prendre pour s'assurer de la bonté de la méthode.

M. Malbouche leur a présenté plusieurs bègues sur lesquels il se proposait de faire l'essai de ses moyens curatifs. Au bout de quelques jours il leur a fait voir ces mêmes bègues dans un état d'amélioration très-évident, et, après un temps variable suivant les personnes, il les leur a montrés parfaitement guéris. MM. les commissaires ont ensuite choisi deux bègues qui leur étaient connus. L'un deux est aujourd'hui, à très peu de chose près, complètement guéri de son infirmité, qui était extrêmement grave. Le second n'a point été aussi heureux : il n'a éprouvé qu'une légère amélioration dans son bégaiement ; mais il est vrai de dire que ce malade est à la fois bègue et bredouilleur, et que d'ailleurs il n'a réellement pas mis en pratique avec la constance nécessaire le procédé curatif.

Un fait a surtout vivement frappé la commission : Un jeune homme de Nérac, M. Lavergny, âgé de 24 ans, ayant eu connaissance par les journaux de la proposition faite par M. Malbouche à l'académie, vint à Paris avec son père au mois de janvier dernier. Ces messieurs se présentèrent chez l'un des commissaires, pour savoir s'ils pouvaient en toute assurance traiter avec M. Malbouche. « Votre commissaire, dit M. Magendie, put dans cette entrevue constater que le jeune homme, bien constitué d'ailleurs, avait un bégaiement très-prononcé; il éprouvait des pertes de respiration et des tiraillemens dans l'estomac par les efforts qu'il faisait pour articuler.; les muscles de sa figure se contractaient d'une manière difforme; il avait surtout de la difficulté à prononcer les *pr* et les *tr*. » La guérison de ce jeune homme fut, on peut le dire, merveilleuse ; car, après deux conférences avec M. Malbouche, il comprit et mit si bien en pratique les avis qu'il avait reçus, que dès ce moment il se regarda comme entièrement guéri ; et en effet nous l'avons vu plusieurs fois depuis ; et ce n'est pas sans peine que nous avons trouvé dans sa manière de parler quelque trace de son ancienne infirmité. Nous avons prié ce jeune homme de nous faire lui-même le récit de sa maladie et de sa guérison ; et voici la lettre qu'il nous a adressée à ce sujet. » Nous ne rapporterons pas cette lettre, qui n'ajoute rien aux indications déjà données par M. Magendie. Tout ce qu'il peut être important de faire connaître, c'est que la grand'mère de M. Lavergny était bègue comme lui, ce qui faisait craindre que cette maladie ne fût chez lui héréditaire.

M. Magendie, après avoir donné lecture de la lettre de M. Laverguy, cite un autre cas de guérison, remarquable en ce que le jeune homme qui l'a présenté ne trouvant pas en lui-même assez d'énergie morale pour mettre en pratique les exercices qu'on lui enseignait, a été obligé de s'exciter par du café et des liqueurs spiritueuses, et que cette force factice a eu sur sa guérison la plus heureuse influence. Nous en donnons ici l'extrait.

« Mon traitement n'a pas été long, car j'ai pris tout au plus une douzaine de leçons. Les premières produisirent une amélioration remarquable qui eût été suivie d'une guérison immédiate, si de nouvelles occupations, en me détournant de mes exercices, n'eussent aussi ralenti mon ardeur. L'exemple de la guérison prompte et radicale de M. Laverguy (celui dont nous avons déjà parlé), dont je fus témoin, la ranima tout-à-fait. Je quittai pour un jour mes occupations, afin de pouvoir me livrer sans interruption à mes exercices; et pour me donner la force d'en surmonter la fatigue, je bus du café noir et de la liqueur. Un violent mal de gorge et une extinction de voix qui m'effraya d'abord fut la suite de mes efforts; mais l'un et l'autre se dissipèrent en peu de temps, et je sentis alors que j'exécutais avec facilité les mouvemens que M. Malbouche m'avait indiqués. Je me déclarai guéri. En effet, la discussion qui était l'écueil de ma langue ne m'offrit plus de difficulté, et je parlai sans éprouver de hocquet et sans faire aucune espèce de contorsions, ainsi que cela m'arrivait avant mon traitement. Aujourd'hui, tout le monde convient qu'on ne se douterait pas que j'ai été bègue. »

Vos commissaires, dit en terminant M. Magendie, pensent que, par la méthode de la veuve Leigh, on peut parvenir à guérir le bégaiement, au moins dans la plupart des cas, et particulièrement chez les sujets d'une intelligence assez développée, et qui ont la persévérance nécessaire pour mettre en pratique pendant le temps convenable l'espèce de gymnastique vocale qui leur est indiquée. Mais ils ne peuvent s'empêcher d'exprimer leur regret de ce que l'inventeur de cette méthode, méconnaissant son véritable intérêt et ne mettant pas à un assez haut prix le bonheur d'être utile à ses semblables, n'a pas cru devoir se conformer à l'honorable usage consacré de nos jours, de rendre publiques toutes les découvertes qui peuvent devenir profitables à l'humanité. Plusieurs membres prennent successivement la parole à l'occasion de l'intéressant rapport de M. Magendie. M. Ampère pense que ce rapport est assez important pour que l'Académie en ordonne l'impression. M. Biot appuierait la demande de M. Ampère, si M. Malbouche consentait à ce que sa méthode fût rendue publique; mais il croit qu'il ne serait pas convenable que l'Académie prît une part active à la propagation d'un remède secret.

M. Cuvier est du même avis. Il pense même que MM. les commissaires, se conformant à l'usage constant des sociétés savantes, auraient pu se dispenser de faire un rapport sur le procédé d'un auteur qui refuse d'en faire jouir le public. L'impression du rapport serait l'équivalent d'un certificat donné en faveur d'un remède secret. M. Legendre demande si on ne pourrait pas, en admettant le procedé de M. Malbouche au concours pour les prix Monthyon, le décider par l'appât d'un prix considérable à rendre son procédé public. Plusieurs membres font remarquer que M. Malbouche n'étant pas l'inventeur du procédé, le prix ne pourrait lui être accordé. C'est à madame Leigh qu'il faudrait s'adresser. M. Ampère fait remarquer qu'en demandant l'impression du rapport de M. Magendie, il n'a pas en vue l'intérêt de M. Malbouche lui-même, mais celui des personnes qui peuvent être dans le cas de profiter du procédé curatif de madame Leigh. M. Magendie, se rendant aux considérations présentées par MM. Cuvier et Biot, vote lui-même contre l'impression de son rapport. — Le rapport ne sera pas imprimé (1).

(1) Nous croyons devoir reproduire les observations pleines d'intérêt que fait M. Bertrand au sujet de ce mémoire : L'étude que nous avons faite du mode de traitement qui convient aux affections nerveuses nous a depuis long-temps conduit, sur la possibilité de guérir le bégayement, à des idées qu'on nous permettra d'indiquer ici. Le bégayement est une affection nerveuse spasmodique qui, comme toutes les maladies du même genre, est éminemment susceptible d'être combattue avec avantage par un traitement moral convenable. Nous ignorons quelle est l'espèce de *gymnastique vocale* que madame Leigh emploie ; mais nous sommes convaincu que *cette gymnastique n'a par elle même aucune efficacité spéciale*, et que toute méthode qui aura pour résultat d'impressionner le bègue, en l'occupant d'un soin quelconque pendant qu'il parle, sera propre à le guérir de son infirmité. C'est une chose connue que les bègues dont la prononciation est la plus défectueuse peuvent *chanter* sans aucune difficulté. Pourquoi ? parce que le soin de suivre la mesure et l'espèce de passion qui accompagne le chant opèrent la distraction dont nous parlions tout à l'heure. On a donc le choix entre une foule de procédés plus ou moins ingénieux. Forcez le bègue à modifier pendant qu'il parle sa respiration de telle ou telle manière, à s'astreindre à tel mode de prononciation exclusivement à tout autre, à faire précéder chaque phrase de telle ou telle préparation; forcez-le, si vous voulez, de parler la bouche pleine de cailloux, comme on dit que le faisait Démosthènes ; bornez-vous même à lui prescrire certains mouvemens réguliers des doigts, si vous voulez des orteils; vous guérirez tous

Séance du 17 mars. — Emploi de l'iode dans le traitement de la goutte. — M. le docteur Gendrin écrit à l'Académie pour lui faire connaître les succès qu'il a obtenus contre la goutte, de l'administration interne et externe de l'*iode*, dont l'emploi rationnel est, suivant lui, sans aucun inconvénient, quand il est convenablement dirigé. L'auteur, considérant que l'iode a été employé avec succès contre les tumeurs articulaires chroniques, a été conduit à en tenter l'administration à l'extérieur contre les tumeurs goutteuses anciennes. L'action résolutive de ce médicament dans ce dernier cas a été si rapide, que M. Gendrin, présumant qu'il pouvait agir sur la cause primitive de la maladie, s'est décidé à en faire usage à l'extérieur et à l'intérieur contre les paroxysmes aigus de la goutte. Un premier succès, dans un violent accès de goutte survenu chez un homme très-fort, l'a encouragé à multiplier ses observations. Sept malades atteints de goutte aiguë et violente ont été depuis guéris complètement par ce médicament. « Chez deux seulement, la guérison a été difficile : il a fallu revenir plusieurs fois à l'administration de l'iode, pour prévenir les accès et arrêter leur développement, lorsque leurs prodromes se faisaient sentir. Chez tous les malades, l'usage continu de l'iode pendant deux à trois mois après la guérison absolue d'un accès, a prévenu complètement le retour des accidens : un malade a passé huit époques d'accès, trois malades en ont passé cinq, un en a passé quatre, deux en ont passé trois, sans rechute. »

De quatre sujets attaqués de goutte avec engorgement chronique des articulations, deux sont complètement guéris depuis plus de

---

ceux qui sont doués d'assez de force de volonté pour s'astreindre à les exécuter en parlant. Ces idées sont probablement bien éloignées de celles que se forment du procédé de madame Leigh, et ceux qui vendent son *secret* et ceux qui le mettent en pratique. Relativement à ces derniers, il est même bon qu'ils conservent l'idée qu'ils sont soumis à un procédé d'une efficacité toute spéciale. Nous sommes assez convaincu de cette vérité pour ne pas balancer à prédire qu'à partir du moment où ce procédé cessera d'être secret, le nombre des guérisons très-réelles qu'il opère commencera à diminuer progressivement, c'est-à-dire qu'on verra arriver pour le remède contre le bégayement ce qu'on a eu occasion d'observer pour tant de remèdes secrets, regardés d'abord comme très-efficaces contre diverses maladies, par exemple contre la rage, appuyés sur des succès incontestables, proclamés par de très-habiles observateurs, et qui tous ont cessé d'être utiles, quand, après avoir été achetés et rendus publics, ils ont perdu le lustre que leur donnait auprès des malades le mystère dont les environnaient leurs inventeurs.

quatre ans, et n'ont employé l'iode qu'à l'extérieur, mais pendant un temps assez considérable; un est guéri depuis un an, et un est encore en traitement. Chez tous les malades, l'action de l'iode a été secondée par un régime convenable : aneleptique et légèrement tonique pour la goutte chronique, adoucissant pour l'arthritis aiguë. « Je ne sais, poursuit M. Gendrin, si l'expérience continuera à donner d'aussi heureux résultats; je n'ose même m'en flatter. Je soumettrai tous les faits que j'ai recueillis et les observations que je serai à même de rassembler au jugement de l'Académie des sciences; mais je désire que mon expérience se fortifie par celle des autres. Je me propose moins de prendre date sur l'emploi de ce médicament anti-arthritique, quoique je pense qu'il n'a encore été administré par personne, que d'engager les praticiens à en faire usage et à en constater l'efficacité. »

De l'agent immédiat du mouvement vital. — M. Dutrochet lit un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches sur l'agent immédiat du mouvement vital*. En voici la substance : « Un tube de verre est muni d'un évasement semblable au pavillon d'une trompette; cet évasement est fermé avec un morceau de vessie. On met de l'eau dans l'intérieur de la partie évasée de cet instrument; cette partie évasée est elle-même plongée dans un vase plein d'eau. L'eau intérieure est mise en rapport avec le pôle négatif de la pile voltaïque; l'eau extérieure est mise en rapport avec le pôle positif. L'eau est poussée par l'électricité, au travers de la membrane organique, du pôle positif vers le pôle négatif, et elle monte dans le tube qui s'élève au-dessus de l'eau du vase. Si l'on remplace la membrane organique par une lame d'argile cuite, le même phénomène d'*endosmose* (1) se manifeste; mais il n'a point lieu du tout avec une lame de grès, ni avec une lame de carbonate ou de sulfate calcaire. Ainsi la lame poreuse qui sépare les deux liquides différemment électrisés joue évidemment un rôle qui lui est propre dans la production du phénomène de l'endosmose. Cette lame est *active* lorsqu'il y a endosmose; elle est *inactive* lorsque ce phénomène ne se manifeste pas.

» Si l'on met dans l'intérieur de l'instrument un liquide plus dense que l'eau qui baigne cet instrument en dehors, et qu'on supprime l'intervention de la pile voltaïque, il y a encore endosmose; le liquide dense intérieur s'élève graduellement dans le tube. Ce phénomène a également lieu avec une membrane organique et avec une lame d'argile; mais il n'a point lieu du tout avec une lame de grès ni avec une lame de carbonate ou de sulfate calcaire. Il est bien évident que ce

(1) Voyez *Archives gén.*, tome XII, p. 643, et l'ouvrage de M. Dutrochet intitulé : *l'Agent immédiat du mouvement vital dévoilé dans sa nature et dans son mode d'action.*

phénomène d'endosmose produit par la différence de densité des liquides, est un phénomène électrique comme l'est celui de l'endosmose produite par le moyen de la pile. De même ici il y a des solides *actifs* et des solides *inactifs*, et les mêmes solides jouent ici le même rôle. Le galvanomètre cependant n'indique aucunement l'existence de l'électricité dans les deux liquides. Or, comme il est évident que le solide perméable a, dans cette circonstance, une action qui lui est propre, et qu'il est indubitable que cette action est électrique, il en résulte que cette action est toute entière dans les conduits capillaires de ce solide; c'est une *électricité intracapillaire*. On sait, en effet, que l'électricité ordinaire, lorsqu'elle traverse des conduits étroits remplis de liquide, donne à ce liquide une vive impulsion.

» Il y a des liquides qui, malgré leur supériorité de densité sur l'eau, ne produisent cependant point d'endosmose quand ils sont séparés de ce dernier liquide par une membrane organique; tel est l'acide sulfurique. Bien plus, l'adjonction de cet acide à un liquide susceptible d'opérer l'endosmose détruit cette propriété chez ce dernier. Il y a donc des liquides *actifs* et des liquides *inactifs*, comme il y a des solides *actifs* et des solides *inactifs*. Il est nécessaire, pour que le phénomène de l'endosmose ait lieu, que les deux liquides hétérogènes soient actifs, et que le solide perméable qui les sépare soit également *actif*. Si un seul de ces élémens est *inactif*, il n'y a point d'endosmose.

» Ces découvertes s'appliquent d'une manière évidente à la physiologie, ou à la physique des corps vivans, chez lesquels il y a coexistence nécessaire de solides et de liquides éminemment *actifs*: chez lesquels les solides *influencés*, en vertu de leur *sensibilité*, par le contact des liquides, agissent sur ces derniers pour leur donner une impulsion. De même, dans les expériences précédentes, les solides *influencés*, en vertu de leur *activité*, par le contact des liquides *actifs*, agissent sur ces derniers pour leur donner une impulsion. L'expérience nous apprend que le *solide influencé* n'est autre chose que le *solide capillo-électrisé* par le contact des liquides: par conséquent la *sensibilité organique* des solides vivans n'est autre chose que ce que je nomme l'*activité*, c'est-à dire la propriété de recevoir l'*électricité intracapillaire*. Ces expériences prouvent que cette électricité *intracapillaire* est véritablement l'agent de la vie organique ou végétative: elles prouvent que les solides et les liquides ont une seule et même propriété vitale fondamentale que je nomme l'*activité*. Cette propriété, dans les liquides, consiste dans le pouvoir de donner par contact l'état *capillo-électrique* aux solides. Cette propriété, dans les solides, consiste dans le pouvoir de recevoir cette *électricité intracapillaire*. L'abolition de cette propriété dans les liquides *actifs* par

l'adjonction d'un liquide *inactif* peut donner des idées précises sur le mécanisme de l'*empoisonnement stupéfiant*. On sent, d'après ces données, la nécessité de supprimer, en physiologie, l'emploi du mot *sensibilité;* cette expression ne doit appartenir qu'à la psychologie. »

Séance du 23 mars. — Théorie de la vision. — M. Vallée, ingénieur en chef des ponts-et-chaussées, lit une note sur la vision. Cette note renferme dix propositions que l'auteur regarde comme incontestablement établies sur cette matière. Les voici.

1.re *Proposition.* Pour que l'organe de la vue nous fasse percevoir la sensation d'un point, il est nécessaire que les rayons lumineux qui le peignent sur la rétine soient en plus grand nombre que deux.

2me. L'œil n'est pas un instrument grossier dans lequel, pour qu'il y ait perception, il suffise que les rayons qui peignent un point sur la rétine soient réunis avec quelque diffusion sur cette membrane.

3me. L'image peinte sur la rétine ne peut être produite par des rayons formant dans l'humeur vitrée des cônes aux sommets desquels ces rayons se rencontreraient.

4me. Une ligne droite étant placée en avant d'un œil bien organisé, comme on le suppose dans la démonstration de la proposition précédente, les phénomènes auxquels elle donne lieu près de la rétine sont soumis à la loi de continuité.

5me. L'impression que nous recevons, avec une vue bien organisée, de la droite blanche dont il s'agit dans la proposition troisième démontre que la lumière se meut en ligne courbe dans l'humeur vitrée.

6me. Le système du cristallin et de l'humeur aqueuse décompose la lumière, et sépare les rayons différemment colorés.

7me. Un point blanc d'une ligne donnant en arrière du cristallin des rayons rouges, orangés, jaunes, etc., qui sont séparés, il s'ensuit que, pour chaque point rayonnant, vu nettement, les rayons lumineux, séparés d'abord en arrière du cristallin, se réunissent tous pour arriver confondus à la rétine.

8me. Par un point rayonnant situé au-delà de la distance de la vision distincte, il se forme dans l'humeur vitrée un pinceau de rayons qui se réunissent en une ligne avant de rencontrer la rétine.

9me. L'iris se contracte, ou, ce qui revient au même, la prunelle se dilate, à mesure que, toutes choses d'ailleurs égales, le point rayonnant s'éloigne.

10me. Si deux points rayonnans sont situés en avant d'un œil, ils se peindront sur la rétine en deux points, dont les lieux seront les intersections avec le fond de l'œil de deux droites menées par le centre du globe oculaire et par les points en question.

M. Vallée renvoie, pour les démonstrations, à plusieurs théories qu'il a développées dans son traité de la science du dessin, notam-

ment à celle des caustiques, à celles des images réfléchies et réfractées, etc. — MM. Arago et Magendie, commissaires.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Chervin nous adresse une lettre dans le but de répondre aux assertions émises par M. Gérardin à l'Académie royale de Médecine. L'étendue des matières nous a forcé de remettre cette réclamation au prochain numéro.

— M. le docteur Lassis nous adresse une lettre pour réclamer contre un article inséré dans le tom. XV des *Archives*, pag. 310, dans lequel, suivant ce médecin, il est dit que *le docteur Chervin est le seul qui proclame la non-contagion*.

M. Lassis s'élève contre l'inexactitude de cette assertion, et prétend que la solution de la question dans tous ses points est opérée depuis 1814 par l'application des principes que pendant long-temps il a *seul* soutenus. Sans contester à M. Lassis le mérite d'avoir cherché à combattre une opinion universellement adoptée, et sans examiner si dans l'ouvrage qu'il a publié en 1819, la nature des preuves employées par lui était assez directe pour entraîner la conviction, nous nous contenterons de répondre à la partie de la réclamation qui a trait à l'article cité des *Archives*. D'abord nous ne voyons pas que cet article contienne rien qui ait pu motiver la réclamation de M. Lassis. Il n'y est dit nulle part que M. Chervin soit le seul qui proclame la non-contagion; de plus, M Chervin n'a pas combattu, comme M. Lassis, la contagion d'une manière générale et absolue; il n'a cherché à démontrer que la non-contagion de la fièvre jaune, et sur ce point même il n'a pas avancé la prétention d'avoir le premier et le seul soutenu cette opinion. M. Chervin a seulement cherché à la faire prévaloir par des preuves directes et indirectes. Nous croyons donc que l'hommage rendu aux travaux de ce dernier médecin n'enlève rien aux droits et aux titres de M. Lassis.

Prix proposé par la Société royale de Médecine de Marseille.

La société retire du concours la question proposée en 1825, et décernera un prix de 300 francs, dans sa séance publique de 1829, à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question :

1.° *Dans l'état actuel de la médecine, l'enseignement public et l'exercice de cet art réclament-ils des améliorations ?*

2.° *Dans l'affirmative, faire connaître en quoi consistent ces améliorations ; indiquer en outre les meilleurs moyens de former le*

plus grand nombre possible d'excellens médecins et chirurgiens praticiens !

La société donnera des médailles d'émulation aux meilleurs ouvrages manuscrits qu'elle aura reçus, dans l'intervalle de deux années médicales, et qui n'auront pas été envoyés à d'autres sociétés savantes.

Les mémoires pour le concours, écrits lisiblement en français ou en latin, doivent être adressés *francs de port*, et dans les formes académiques, à M. P.-M. Roux, secrétaire général de la société, rue des Petits Pères, n.° 11. Ils doivent être rendus avant le 1.er juillet 1829 : ce terme est de rigueur. Les membres titulaires et associés résidans de la société sont seuls exclus du concours.

BIBLIOGRAPHIE.

Nosographie organique ; par F. G. Boisseau, *D. M. P.*, *membre de plusieurs Sociétés savantes. Tome premier. Chez Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, N.°* 13 *bis.*

Voici un aperçu rapide de ce que contient le volume qui vient de paraître. — Dans une introduction très-courte, l'auteur jette un coup-d'œil sur l'histoire de la médecine, et dessine à grands traits le tableau de ses progrès depuis Hippocrate jusqu'à nous. Immédiatement après, M. Boisseau entre en matière, et commence par la description des maladies des organes de la digestion. Cette description est l'objet du livre premier tout entier. En commençant par l'étude des maladies de l'appareil digestif, l'auteur semble avoir eu pour but de s'occuper avant tout d'un des points de pathologie qui, depuis une dixaine d'années, ont été les plus féconds en controverse. — Le chapitre premier comprend les maladies de la bouche. M. Boisseau, dans des articles séparés, traite successivement, 1.° des maladies de la membrane muqueuse orale (inflammation, ulcération, hémorrhagies); 2.° des maladies des lèvres; 3.° des maladies des gencives; 4.° des maladies des membranes alvéolaires et dentaires; 5.° des altérations des dents; 6.° des maladies de la langue, 7.° des maladies des joues; 8.° des maladies de la glande parotide; 9.° de celles des glandes sous-maxillaires et sub-linguales; 10.° des altérations de la salive; 11.° des maladies de la membrane palatine; 12.° de celles du voile du palais; 13.° de celles des amygdales; 14.° des altérations du mucus de la bouche. Dans l'article 15, M. Boisseau expose le traite-

ment de toutes les maladies qu'il a passées en revue dans les quatorze articles précédens. Il pense que dans les cas de pharyngite, l'émétique peut être employé avec avantage, quand l'estomac n'est pas enflammé. (Il recommande d'ailleurs le traitement antiphlogistique proprement dit.) Le chapitre 2 contient les maladies du pharynx et de l'œsophage (inflammation, ulcération, induration, fongosités, tubercules, hémorrhagie, spasme, paralysie, convulsion, rupture.) — Le chapitre 3 a pour objet les maladies de l'estomac. Elles sont examinées avec de grands détails. L'auteur commence par l'histoire de la *gastrite*; il en assigne les causes diverses; il en décrit les symptômes et les caractères anatomiques, et en fait connaître le traitement. M. Boisseau distingue l'*irritation* de l'estomac de son inflammation, distinction qui lui semble utile dans la pratique. — 1.° Irritation de l'estomac. Elle peut être passagère ou prolongée; elle succède fréquemment à l'inflammation aiguë de l'estomac; on l'observe dans la convalescence des phlegmasies de ce viscère, surtout quand les sujets se hâtent de prendre des alimens substantiels ou des boissons stimulantes. — 2.° Inflammation de l'estomac. M. Boisseau la distingue en sur-aiguë, en aiguë, avec ou sans excès de sécrétion du mucus; en aiguë *exaspérée*, en aiguë hémorrhagique, en intermittente, en rémittente, en chronique et en partielle. Il décrit les symptômes *idiopathiques* et sympathiques propres à chacune de ces *nuances* de la gastrite. Il rapporte à l'inflammation aiguë de l'estomac le cholera gastrique, la fièvre du même nom, la fièvre gastro-inflammatoire, la fièvre gastrique bilieuse, la fièvre gastrique muqueuse, la fièvre gastro-adynamique, la fièvre gastro-ataxique, le typhus, la peste, la fièvre. — Il nous est impossible de partager toutes les idées de M. Boisseau relativement au rôle qu'il fait jouer à la gastrite dans les maladies typhoïdes. Dans les maladies réellement typhoïdes, les phlegmasies de l'estomac ne sont, en général, qu'un élément tout-à-fait secondaire. Ces terribles affections ne consistent pas plus en une gastrite seulement qu'en une phlegmasie isolée des poumons, du cœur ou du système cérébro-spinal. Ce qui les caractérise essentiellement, c'est la spécialité de leur *cause*, c'est la disposition à la *putridité, c'est l'altération profonde du sang*. Ces maladies constituent de véritables empoisonnemens miasmatiques, comme l'a très-bien dit M. Broussais. Sans doute, il règne encore une grande obscurité sur la nature des agens producteurs des affections putrides. Mais de ce que nous ne connaissons pas exactement leur manière d'agir, faut-il en conclure que les affections qu'ils déterminent ne sont autre chose que des gastrites? Qu'on nous montre une gastrite pure et simple, qui fasse périr par milliers, et quelquefois avec la rapidité de la foudre, les individus qui en sont affectés, et alors nous rapporterons les ty-

plus à cette épouvantable gastrite Mais, jusque-là, nous continuerons à les regarder comme des maladies *sui generis*, et nous ne les rattacherons pas plus à la gastrite exclusivement que les accidens produits par l'acide hydro-cyanique, l'acide hydro-sulfurique, l'ammoniaque, etc., introduits dans le système circulatoire. Nous soumettons de bonne foi ces réflexions à la méditation de M. Boisseau. Nous ne connaissons aucun fait positif qui autorise à regarder la gastrite comme étant l'élément principal, fondamental des maladies désignées sous le nom de typhus. Mais revenons à notre objet. Après avoir tracé le tableau des désordres fonctionnels qui accompagnent la gastrite, M. Boisseau décrit avec soin les altérations anatomiques qu'elle entraîne à sa suite, telles que la coloration en rouge plus ou moins foncé, en gris ardoise, en noir, en blanc-mat; l'épaississement, l'induration, le ramollissement, l'amincissement, le développement des follicules muqueux; les fongosités et végétations, l'ulcération, l'altération des mucosités gastriques, etc. Ces altérations, dit très-bien M. Boisseau, ne sont que des traces de l'inflammation gastrique, et non pas toute cette inflammation, telle qu'on la verrait si la membrane muqueuse était, comme la conjonctive, visible pendant la vie. Il n'est point de signes, ajoute l'auteur, d'après lesquels on puisse pendant la vie, annoncer positivement qu'après la mort on trouvera cette trace de phlegmasie à l'estomac plutôt que telle autre. De plus, on trouve quelquefois des traces de gastrite chez des individus qui, pendant la vie, n'avaient offert aucun symptôme de cette inflammation; tandis que, d'un autre côté, il arrive, mais plus rarement, que l'on ne trouve aucune trace de gastrite chez des sujets qui, pendant la vie, en avaient présenté des symptômes non équivoques. L'auteur fait très-judicieusement observer que dans le tableau des phénomènes indiqués comme provenant de la phlegmasie de l'estomac plusieurs sont dus à ce que l'état inflammatoire est partagé, à certain degré, par d'autres viscères, soit continus, soit contigus à l'estomac, soit éloignés de ce viscère, mais liés à lui par les nerfs et les vaisseaux. Dans un paragraphe particulier, M. Boisseau s'occupe des effets des poisons introduits dans l'estomac; dans un autre, il examine les effets dépendans de la présence des alimens réfractaires à l'action de cet organe. Les gaz, les mucosités surabondantes, les vers, les corps étrangers que l'on peut trouver dans l'estomac donnent lieu à divers accidens que l'auteur fait connaître. L'hémorrhagie, la névralgie de l'estomac, le vomissement spasmodique, l'atonie de l'estomac; les aberrations de l'appétit, de la soif et de la digestion sont le sujet de réflexions pratiques très-importantes. Le traitement des diverses maladies qui viennent d'être énumérées est exposé avec les développemens qu'exigeait un sujet aussi grave. Le chapitre IV

est consacré aux maladies du duodénum, du foie, du pancréas et de la rate. Dans l'ordre pathologique, dit M. Boisseau, le duodénum ne doit pas être séparé du foie ni du pancréas, puisqu'il est en rapport de continuité avec ces deux glandes; puisque celles-ci n'ont de rapports que par cet intestin avec les modificateurs venant du dehors. L'inflammation du duodénum, son influence sur la digestion, sa transmission aux organes de la sécrétion et de l'excrétion de la bile sont étudiés d'une manière qui laisse peu de chose à désirer. Les maladies du foie sont décrites aussi complètement que le permet l'état actuel de cette partie de la pathologie; les maladies de l'intestin grêle font le sujet du chapitre V; elles sont décrites dans le même ordre que celles de l'estomac; l'auteur traite ensuite des maladies du colon, puis de celles du rectum (Chap. VII et VIII). C'est par leur histoire que se termine le premier volume de la *Nosographie organique*.

Ce volume, comme on vient de le voir, contient la description d'un très-grand nombre de maladies. Pour porter un jugement définitif sur la Nosographie organique, il faut attendre que les autres volumes aient été publiés. Nous ne nous permettrons pour le moment qu'une seule remarque, c'est que M. Boisseau n'a point *classé les maladies*. Nous croyons qu'une classification est un point essentiel dans un ouvrage élémentaire, quelle que soit la science dont on s'occupe. Les maladies doivent être coordonnées méthodiquement comme tous les autres phénomènes naturels. Nous pensons également que, dans l'intérêt des élèves, il faudrait présenter les considérations générales qui appartiennent à chaque classe de maladies, soit avant, soit après l'histoire de chacune des maladies particulières qui composent cette classe. Sans doute l'étude des faits particuliers est bien plus importante que celle des généralités; mais ce n'est pas une raison pour négliger entièrement cette dernière. Personne, d'ailleurs, n'était plus propre que M. Boisseau à faire subir aux classifications nosologiques les changemens que réclame l'esprit philosophique qui s'est introduit dans l'étude de la médecine. On lui doit des éloges pour l'esprit de sage critique et d'impartialité, dans lequel ce volume a été rédigé; il s'est fait un devoir d'indiquer les divers auteurs qui se sont occupés d'une manière spéciale des maladies qu'il a décrites. En agir ainsi, ce n'est pas seulement faire preuve d'érudition, c'est aussi prouver qu'on est *juste*, et la justice vaut encore mieux que l'érudition.

J. Bouillaud.

Etudes cliniques sur les émissions sanguines artificielles ; ouvrage qui a remporté le prix proposé par la Société académique de Médecine de Marseille, par Isidore Polinière, *docteur en médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, membre de la Société de Médecine de la même ville, correspondant de l'Académie royale de Médecine. Deux vol. in-8.° 1827.*

Le docteur Polinière, médecin distingué de Lyon, déjà honoré de plusieurs couronnes académiques, et exerçant la médecine dans un des plus grands hôpitaux de France, a entrepris de nous donner, sous le titre modeste d'études cliniques, une nouvelle histoire des émissions sanguines. On pourrait croire au premier abord, que tout a été dit sur les diverses saignées dont on a tant usé et tant abusé de temps immémorial; mais la plupart des questions relatives à ces indications thérapeutiques sont en quelque sorte redevenues à l'ordre du jour, par l'étrange abus qu'on fait aujourd'hui des sangsues, et l'injuste oubli dans lequel est en même temps tombée la saignée par la lancette. Aussi, comme son titre l'indique, cet ouvrage a t-il été composé à l'occasion d'une question académique mise au concours. L'auteur commence par une esquisse historique de la saignée et des autres évacuations sanguines; il passe de suite à l'examen des différentes manières de pratiquer ces évacuations. D'abord, c'est de la saignée capillaire par les sangsues que M. Polinière s'occupe; la quantité de sang tirée par ces animaux, le lieu d'élection et de nécessité de leur application, l'irritation dérivative ou résolutive causée par leur morsure, l'effet consécutif du sang évacué, sont autant de questions qu'il traite avec une habileté et un àplomb d'un heureux présage pour le livre; ce début annonce en même temps une instruction variée et un jugement déjà formé par l'expérience.

L'article consacré aux ventouses scarifiées est court. L'auteur aurait-il eu peu d'occasions d'employer cet agent thérapeutique dont on n'use pas assez de nos jours? Les anciens en savaient plus que nous concernant ce moyen précieux; et sur ce point, comme sur bien d'autres, on ne peut pas se dissimuler qu'on les néglige beaucoup.

En traitant des effets de la saignée générale, l'auteur ne pouvait omettre de parler de la dérivation et de la révulsion, deux points capitaux de thérapeutique tant débattus autrefois par *Sylva, Quesnay, Pierre Brissot*, etc., et qu'on confond aujourd'hui dans une seule et même médication. M. Polinière adopte et développe cette opinion dans son ouvrage, où il combat en même temps les préceptes obscurs et compliqués, émis sur le même sujet par Barthez dans son fameux mémoire sur le *traitement méthodique des fluxions*. Il réduit plus

loin à sa juste valeur les effets si vantés par certains auteurs de l'artériotomie et de la phlébotomie de la jugulaire, en faisant remarquer que la première de ces deux opérations n'est pas sans danger, et que l'autre est également sujette à beaucoup d'inconvéniens; qu'enfin ni l'une ni l'autre n'ont pas, sur la saignée du bras, des avantages suffisans pour les préférer à cette dernière.

Les motifs sur lesquels on s'est fondé pour préconiser exclusivement l'ouverture de la saphène dans des cas déterminés, ont paru à l'auteur tout-à-fait frivoles; et il a pensé avec raison que la saignée du bras produit tous les effets qu'on doit attendre d'une émission sanguine générale, qu'elle est plus facile à pratiquer; qu'enfin, on peut déterminer la qualité et la quantité du sang tiré du bras, ce qui est fort difficile dans la saignée du pied. M. Polinière examine succinctement les indications des émissions sanguines, tirées de l'âge, du sexe, du tempérament, du climat, de la constitution régnante, de l'époque de la maladie, de l'état des organes affectés; il présente ensuite quelques réflexions sur l'abus de ce moyen thérapeutique et l'usage prophylactique qu'on peut en faire : ici se termine la première partie de cet ouvrage en grande partie consacré à la pathologie générale.

La seconde a pour objet les remarques cliniques que l'auteur a faites sur les effets curatifs des diverses espèces de saignées dans les maladies internes. Elle renferme plus de cent observations recueillies avec soin, et parsemées de réflexions judicieuses qui en doublent le prix. M. Polinière, voulant mettre en évidence les bons effets des émissions sanguines, n'a publié que des exemples de guérison qu'il a choisis parmi beaucoup d'autres. Il a classés les faits insérés dans son ouvrage ainsi qu'il suit :

1.re *Classe*, maladies de la membrane muqueuse gastro intestinale. 2.me *Classe*, maladies des organes annexés à la membrane muqueuse digestive. 3.me *Classe*, maladies des organes sexuels. 4.e *Classe*, maladies des ouvertures des membranes muqueuses supérieures. 5e *Classe*, maladies thoraciques. 6.e *Classe*, maladies cutanées. 7.e *Classe*, maladies de l'appareil locomoteur. 8.e *Classe*, maladies de l'appareil cérébro-rachidien. 9.e *Classe*, maladies intermittentes. 10.e *Classe*, maladies réputées spécifiques.

La nature de cet article purement bibliographique, ne nous permet pas d'analyser des observations en général fort intéressantes rapportées par l'auteur; l'embarras du choix nous empêche d'en citer aucune. Nous nous bornerons à dire que la réunion de ces observations forme un bon traité expérimental et pratique sur les émissions sanguines. Les praticiens, qui prescrivent chaque jour ces moyens, liront avec fruit les études de M. Polinière; et l'auteur s'est

mis, par la publication de cet écrit, au nombre des praticiens distingués, après s'être honorablement placé, par ses succès académiques, parmi les médecins de notre pays qui cultivent avec succès la littérature médicale. BRICHETEAU.

Anatomie comparée du système dentaire chez l'homme et chez les principaux animaux; par L. F. EMMANUEL ROUSSEAU, *docteur en médecine, chargé des travaux anatomiques au Muséum royal d'histoire naturelle de Paris, etc., avec trente planches dessinées d'après nature; par* J. C. WERNET, *peintre au Muséum; dédié à M. le baron* G. CUVIER. *Paris, chez Belin, imprimeur-libraire, rue des Mathurins-Saint-Jacques, N.° 14.*

Les dents sont, dans l'histoire des animaux, un des organes les plus importans pour les caractères qu'elles fournissent à la classification : aussi depuis un certain nombre d'années ont-elles été l'objet des travaux de plusieurs anatomistes et zoologues distingués. Mais les uns se sont bornés à nous faire connaître la structure des dents dans l'espèce humaine, sans indiquer les modifications que ces organes éprouvent dans la série des animaux qui en sont pourvus, modifications qui cependant jettent le plus grand jour sur plusieurs points de leur organisation; les autres, au contraire, ayant principalement pour objet le nombre et les formes variées des diverses espèces de dents dans les différens genres d'animaux, pour lesquels elles sont la source des meilleurs caractères, ont négligé la partie anatomique et physiologique du système dentaire. C'est pour remplir cette sorte de lacune, que M. le docteur Emmanuel Rousseau publie l'ouvrage dont nous annonçons ici les trois premières livraisons. Personne ne s'est trouvé dans des circonstances plus favorables pour recueillir les matériaux d'un semblable travail. Chargé par M. le baron Cuvier d'exécuter pour le cabinet d'anatomie comparée du Muséum royal de Paris, une série de préparations relatives à la dentition comparée, M. Rousseau a pu suivre la formation des dents dans la plupart des animaux. Le plan de son ouvrage est de nous faire connaître la structure et le mode de développement de ces organes, et les modifications qu'ils présentent sous ces rapports dans les principales classes d'animaux. Ainsi, comme point de départ et de comparaison, l'auteur étudie d'abord le système dentaire chez l'homme. Il parle des os maxillaires qui servent de base à ce système, de l'articulation de la mâchoire inférieure, des ligamens qui la maintiennent, des muscles qui la meuvent. Il s'occupe ensuite des gencives, du développement des dents, passe à la description des dents en général et des diverses sortes de dents, c'est-à-dire des incisives, des canines et des mo-

laires, puis il arrive à leur structure intime, qui se compose de deux substances solides, l'émail et l'ivoire. Delà il passe aux phénomènes de la première, puis de la seconde dentition. Les nerfs qui viennent de la deuxième et de la troisième branches du nerf trifacial, les vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques qui se rendent dans les dents ou en sortent, sont tour-à-tour traités avec détails. Après avoir ainsi étudié soigneusement le système dentaire de l'homme, sous les rapports anatomique et physiologique, l'auteur passe successivement en revue et avec tous les développemens nécessaires, les dents dans les diverses espèces de singes, dans le chien, le chat, le lapin, l'oryctérope du Cap, l'ornithorhynque, l'éléphant, l'hippopotame, le cheval. (Ici se terminent les trois premières livraisons, les seules que nous ayons sous les yeux.)

Ce qui donne encore plus de prix à cet ouvrage, ce sont les planches qui l'accompagnent et qui sont parfaitement exécutées, tant sous le rapport du dessin que sous celui de la gravure. Elles représentent avec une grande exactitude, non-seulement la forme variée des dents étudiées comparativement dans les divers animaux et leur structure intérieure, mais la distribution des nerfs et des vaisseaux sanguins qui s'y rendent.

Cet ouvrage paraîtra en cinq livraisons composées chacune de cinq à six feuilles de texte, extrêmement bien imprimées sur du papier jésus satiné, et accompagnées chacune de huit planches gravées en taille-douce. Le prix est de 6 fr. chaque livraison.

Nous pensons que cet ouvrage sera recherché non seulement des naturalistes, mais encore des médecins qui y trouveront une histoire extrêmement complète des dents sous les points de vue anatomique et physiologique. A. Richard.

Nouvelles preuves du danger des lits mécaniques, et des avantages de la gymnastique dans le traitement des difformités de la taille; par M. Lachaise. *A Paris, chez Béchet jeune.*

En soutenant, dans son *Précis physiologique sur les courbures de la colonne vertébrale*, que la gymnastique est le meilleur moyen de prévenir et de corriger les difformités de la taille, M. Lachaise a émis une vérité. En avançant que les lits mécaniques sont insuffisans, presque toujours inutiles, souvent dangereux, M. Lachaise a émis plusieurs assertions qui ne sont pas sans fondement. On a objecté à M. Lachaise qu'il n'avance point de faits à l'appui des attaques dirigées contre les lits mécaniques, et de la supériorité accordée sur eux à la gymnastique. Voici à-peu-près comment M. Lachaise a répondu à cette objection des orthopédistes : « Je ne possède point encore de

faits de guérison ; mais vous n'en possédez pas davantage. Plusieurs d'entre vous ont fait cet aveu dans les Journaux ; quant à ceux qui ne l'ont pas fait, voici comment s'expliquent les soi-disant cures qu'ils ont opérées. Quelques mères retirent des maisons orthopédiques leurs jeunes filles plus grandes et plus droites ; mais elles les ont placées dans ces maisons à l'époque où les effets de l'accroissement sont encore sensibles ; mais avant qu'elles n'en sortent, on a soin de leur appliquer des corsets qui, garnis d'un inflexible acier, dissimulent aisément, au détriment de la santé, le défaut d'une taille dont l'âge, secondé d'un funeste repos, a accru la longueur et affaibli les soutiens naturels. Ensuite, à l'arrivée des jeunes filles dans la famille, on fait adroitement prendre acte d'un accroissement et d'une rectitude de taille, mensongèrement attribués aux lits extenseurs ; les jeunes filles contractent mariage, et le plus intéressé à cacher aux yeux de tout le monde la fausseté de la guérison, se trouve précisément le seul qui la surprenne : c'est le mari.

Aujourd'hui, c'est pour répondre d'une autre manière à l'objection qui roule sur les faits, que M. Lachaise publie la brochure que nous annonçons. Elle se compose presqu'entièrement en effet d'observations ; en voici le sommaire :

Deux observations (elles sont de M. Lachaise) tendent à prouver la proposition suivante : *la distension du tronc exécutée par les lits mécaniques, est insuffisante pour opérer la guérison des courbures de la colonne vertébrale ; bien plus, cette distension ne s'obtenant que par l'alongement forcé des fibres ligamenteuses qui unissent les vertèbres, devra placer la colonne vertébrale dans un état de mobilité qui la forcera de s'affaisser sous le poids de la tête et des épaules.*

Quatre observations (celles-ci sont de M. Lachaise et de différens auteurs) ont pour objet de prouver *les dangers des lits mécaniques extenseurs* : dans la première, fournie par M. le docteur Huet, une personne devient sous l'influence du traitement, paralysée du bras et de l'épaule du côté droit, puis ensuite du membre pelvien droit, perd ensuite, après des douleurs perçues dans la colonne vertébrale et la tête, l'usage de la parole et des facultés intellectuelles. Dans la deuxième, rapportée par M. le docteur P***., l'extension donne lieu, par la pression exercée sous la mâchoire inférieure, à des ulcérations de la peau, augmente l'ouverture de l'angle que le corps de l'os maxillaire forme avec ses branches, fait perdre à l'angle facial le degré d'amplitude qui est le type de la beauté, déforme l'arcade dentaire supérieure, rend les dents vacillantes, les repousse de leurs alvéoles, etc. Dans la troisième, rapportée par M. Lachaise, le lit extenseur produit encore l'ulcération de la mâchoire et une paralysie des

